

Münzenbergerplatz 3, 45219 Essen, Tel.: 02054/10300 - Fax: 103019

1.	Familiennamen (bei Frauen bitte auch Geburtsnamen angeben)		
2.	Vorname/n (Rufnamen bitte unterstreichen)		
3.	Wohnung (polizeilich angemeldet!) (ggf. Krankenhaus/bei Angehörigen)		Straße/Hausnummer Postleitzahl/Wohnort
4.	Derzeitiger Aufenthalt (ggf. Krankenhaus/bei Angehörigen)		seit: Anschrift:
5.	Geburtsdatum/-ort (Kreis, ggf. auch Land/Staat mit angeben)		am: in:
6.	Familienstand :	Konfession :	Staatsangehörigkeit :
7.	Beruf	erlernter Beruf zuletzt ausgeübte/r Beruf/Tätigkeit	
8.	Kinder		
9.	Angehörige/Bezugspersonen		
	a)		
	Zu- und Vorname		wie verwandt ?
	Anschrift		Telefon
	b)		
	Zu- und Vorname		wie verwandt ?
	Anschrift		Telefon
	c)		
	Zu- und Vorname		wie verwandt ?
	Anschrift		Telefon
10.	Betreuer/in - bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen! -		Betreuung für folgende Bereiche :
	a)		
	Zu- und Vorname		Telefon
	Anschrift		
11.	Hausarzt (derzeitig!)		
12.	Krankenkasse		
	Mitgliedsnummer : _____ Befreiungen : _____ bis : _____		

13. Pflegekasse _____
 Um eine Mitfinanzierung für anfallende Heimkosten von anderen Stellen zu erhalten, ist es zwingend erforderlich, von ihrer Pflegekasse die Notwendigkeit der stationären Versorgung und eine Pflege-
 stufe vorliegen zu haben.

Antrag auf stationäre Versorgung gestellt ? nein ja - Bestätigung liegt vor ja
 Wurde Pflegebedürftigkeit beantragt ? nein ja - Aktueller Pflegegrad ja

14. Heimkostenfinanzierung Die anfallenden Heimkosten werden durch folgende Mittel gedeckt:

SUMMEN	

- Leistungen der Pflegekasse
- laufende Einkünfte (Renten, Mieten, Zinserträge)
- Pflegewohngeld (gem. Landespflegegesetz)
- Eigenmittel (Vermögen)
- Vers.-bezüge (Kriegsopferfürsorge) - bitte unbedingt angeben
- sonstiges

*Bei Hilfestellung durch unsere Einrichtung geben Sie bitte die Einzelsummen der Einkünfte an !

15. Gewünschte Unterbringung

Doppelzimmer Einzelzimmer

16. Frühere/bisherige Unterbringung

ja ? -wo! _____

- wenn ja, warum Wechsel? _____

17. Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht ?

18. Zu welchem Zeitpunkt wird die Heimaufnahme gewünscht ?

19. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen

20. Bitte dieser Anmeldung unbedingt beifügen :

- den aktuellen (komplett ausgefüllten) "Ärztlichen Fragenbogen" !
- bei bisheriger ambulanter Versorgung den "Pflegebericht" des ambulanten Dienstes (ggf. Kopie) !

21.

 Ort Datum Unterschrift

Wenn die Anmeldung nicht für die eigene Person erfolgt, bitte Angabe zur Funktion und Berechtigung-
 Vollmacht, bzw. Ausweise beifügen !