

Seniorenheim Marienburg

Bahnhofstraße 5

56746 Kempenich

Tel: 02655 / 96150

Fax: 02655 / 961550



Anmeldung zur Heimaufnahme () Kurzzeitpflege () Tagespflege ()

Bitte alle Fragen vollständig beantworten!

1) Name: _____

2) Vorname(n): (Rufnamen bitte unterstreichen) _____

3) Geburtsname: _____

4) Geburtsdatum: _____ Ort: _____

Kreis: _____ Land: _____

5) Familienstand: _____

6) Konfession: _____

7) Staatsangehörigkeit: _____

8) Wohnung (Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet): PLZ / Ort: _____

Kreis: _____ Land: _____

Straße: _____

Telefonnummer: _____

9) Zurzeit im Krankenhaus oder Altenheim? ja nein

Wenn ja, in welcher Einrichtung:

Name des Krankenhauses oder des Heims: _____

Anschrift des Krankenhauses oder des Heims: _____

10) Angehörige: (Falls es keine Angehörigen gibt, bitte eine andere Vertrauensperson angeben!)

a) Verwandtschaftsgrad: _____ Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

b) Verwandtschaftsgrad: _____ Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

c) Verwandtschaftsgrad: _____ Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

d) Verwandtschaftsgrad: _____ Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

11) Liegt eine Betreuung / Vollmacht vor? ja nein

Vor- und Zuname: (Verwandtschaftsgrad) _____

Anschrift: _____

Telefon _____

(Bitte Kopie der Bestellungsurkunde oder Vollmacht beilegen!)

Seniorenheim Marienburg

Bahnhofstraße 5
56746 Kempenich
Tel: 02655 / 96150

Fax: 02655 / 961550



12) Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

13) Mitgliedsnummer der Krankenkasse: _____ Vers. Karte liegt vor: ja nein

14) Pflegegrad: 1 , 2 , 3 , 4 5 beantragt am: _____
Zuzahlungsbefreit: ja nein Befreiungsausweis liegt vor: ja nein

15) Name des Hausarztes: _____ Anschrift / Telefon: _____

16) Ärztlicher Fragebogen ausgefüllt und beigelegt: ja nein

17) Vermögenssituation:

Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

18) Die Kosten werden aufgebracht durch:

- Pflegekasse
- das vorstehend aufgeführte Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen
- Anteilig durch Sozialamt, Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt in _____ gestellt.

Wichtig: Der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt vor Heimaufnahme zu stellen!

19) Anschrift Rechnungsempfänger: _____

20) Gewünschte Wohnform:

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

21) Einzugstermin bei vollstationärer Pflege: _____

22) Gewünschter Aufenthaltszeitraum bei Kurzzeitpflege:
vom: _____ bis: _____

23) Sonstiges: _____

Datum, Unterschrift des Antragstellers