



## **Anmeldung zur Heimaufnahme**

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Ehepartner(in): Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### **Gegenwärtiger Aufenthalt**

Krankenhaus/Altenheim etc.  
Name der Institution \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### **Ansprechpartner**

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-/Bekanntchaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

2. Name, Vorname \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-/Bekanntchaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

### **Krankenkasse**

gesetzliche Krankenkasse       private Krankenkasse

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertenr.: \_\_\_\_\_



**Einstufung der Pflegekasse**

in die Stufe \_\_\_\_\_  liegt vor  ist beantragt  
Bestätigung der Notwendigkeit stationärer Pflege  liegt vor  ist beantragt  
Höherstufung der Pflegestufe ist beantragt  ja  nein

**Gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in) nach § 1896 BGB**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  ja  nein  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_ Telefon (privat) \_\_\_\_\_  
Wirkungskreise \_\_\_\_\_  
Betreuung ist beim Gericht beantragt  ja  nein  
Betreuung wird beim Gericht beantragt  ja  nein

**Inhaber von Vollmachten** (z. B. notarielle Vollmacht, Patiententestament)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Wirkungskreise \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_



### **Kostenregelung bei Heimaufnahme**

Heimplatzfinanzierung durch:

- Leistungen der Pflegekasse
- regelmäßige Einkommen ( z.B. Rente, Mieteinnahmen ) in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- Vermögen ( z.B. Bar-Sparguthaben )
- Leistungen vom Versorgungsamt
- Pflegewohngeld
- Kostenübernahme durch das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_  
wird beantragt

### **Termine**

- Zimmerreservierung (75%) ab dem \_\_\_\_\_
- Einzug (100%) am \_\_\_\_\_ Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_
- Zimmerzuschlag     Balkon    Heimvertrag geschrieben:     ja     nein

### **Rücksendung**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular zurück an:

**Diakonische Einrichtungen der Evangelischen Frauenhilfe gGmbH**

Altenheim – Haus der Frauenhilfe

Heim- und Pflegedienstleitung

Ellesdorfer Straße 50

53179 Bonn-Bad Godesberg

Fax (0228) 93194 - 70