



Anmeldung zur Kurzzeitpflege

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
- Pflegegeld
- 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