

**ANMELDUNG ZUR  
 HEIMAUFNAHME**  
*(bitte ankreuzen)*

- Altenheim St. Barbara**  
 Elisabethstraße 40, 47178 Duisburg
- Elisabeth Groß Haus**  
 Josefstraße 15, 47178 Duisburg
- Junge Pflege St. Katharina**  
 Elisabethstraße 6, 47178 Duisburg

Name \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_  
 (Rufname bitte unterstreichen)

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Geb.-Ort \_\_\_\_\_  
 (Kreis ggf. auch Land/Staat mit angeben)

Geb.-Name \_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Name Ehepartner(in) \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Geb.-Name \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

**GEGENWÄRTIGER AUFENTHALT**

1. Wohnung  
 Straße \_\_\_\_\_  
 bei \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

2. Krankenhaus/Heim  
 Name des Krankenhauses/Heimes \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Aufnahmetag \_\_\_\_\_

Aufnahmegrund \_\_\_\_\_

**KINDER** Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

davon verstorben \_\_\_\_\_

**ANSPRECHPARTNER(IN)**

1. Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_ Verwandte(r)/Bekannte(r) \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_ Verwandte(r)/Bekannte(r) \_\_\_\_\_

**GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_ Verein \_\_\_\_\_

Wirkungskreise \_\_\_\_\_

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt  
 Betreuung ist angeregt bzw. beantragt

ja  
 ja

nein  
 nein

**INHABER(IN) VON VOLLMACHT(EN)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wirkungskreise \_\_\_\_\_  
(z. B. Gesundheit, Aufenthalt, Vermögen)Patientenverfügung vorhanden  ja  nein**HAUSARZT/HAUSÄRZTIN**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**WEITER(E) BEHANDELNDE(R) ARZT(ÄRZTIN)**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**KRANKENKASSE** \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Einstufung der Pflegekasse in Pflegegrad \_\_\_\_\_

**KOSTENREGELUNG BEI HEIMAUFNAHME**

Heimplatzfinanzierung durch:

 monatliches Einkommen in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ €

Kopien der letzten Einkommensnachweise (z. B. Renten, Werksrenten, Pensionen, Versorgungsbezüge, Mieteinnahmen, Zinseinkünfte und sonstige Einnahmen) liegen bei

 ja  
 nein  
 teilweise Leistungen vom Versorgungsamt Blindengeld Vermögen (Bar-/Sparvermögen, Guthaben, Eigentum usw.) Unterhaltszahlungen Leistungen der Pflegekasse/Krankenkasse ( \_\_\_\_\_ €) Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_ beantragt.

\_\_\_\_\_ Datum Unterschrift/Stempel des Sozialhilfeträgers

**Bankverbindung**

Institut \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Beratung**durch Sozialamt Duisburg, Sachgebiet Alten- und Behindertenhilfe oder Krankenhaussozialdienst  ja  nein**BESONDERE WÜNSCHE** (z. B. Heimwunsch, Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren, Mitnahme von Möbeln)

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei / wird übersandt. Ich bin damit einverstanden, dass die Anmeldung zur Heimaufnahme und der ärztliche Fragebogen dem/den von mir gewünschten Heim/en übersandt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Heimplatzinteressent(in), Bevollmächtigte(r),  
gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)