

**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 _____

Wohnort _____

bei _____

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 _____

E-Mail _____

Verwandte(r)/Bekannte(r) _____

2. Name _____

Vorname _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon privat _____

Telefon mobil _____

E-Mail _____

Verwandte(r)/Bekannte(r) _____

GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)

Name _____

Vorname _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon privat _____

Telefon mobil _____

E-Mail _____

Verein _____

Wirkungskreise _____

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt

ja

nein

Betreuung ist angeregt bzw. beantragt

ja

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 _____

gültig ab _____

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)