

## Anmeldung zum "Wohnen mit Pflege"

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.	
1. <b>Zuname:</b> (Familiename, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. <b>Vorname(n):</b> (Rufname bitte unterstreichen)	
3. <b>Wohnung:</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
4. <b>Nebenwohnung:</b> (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
5. <b>Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder Heim?</b>	_____ (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)  Annahmetag: Aufnahmegrund:
6. <b>Geburtsdaten:</b> (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben)	am: _____ in: _____
7. <b>Familienstand:</b>	8. <b>Konfession:</b>
9. <b>Staatsangehörigkeit:</b>	
10. <b>Angehörige:</b>	
a) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ <b>(E-Mail)</b> _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, <b>Telefon</b> )
b) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ <b>(E-Mail)</b> _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, <b>Telefon</b> )
c) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ <b>(E-Mail)</b> _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, <b>Telefon</b> )
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)	

Freigabe	Bearbeiter G. Blümm	Änderungsstand 1	Datum: 19.04.2010	Seite 1
----------	------------------------	---------------------	----------------------	------------

<b>11. Betreuer:</b> (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen)			_____ (Vor- und Zuname)	_____ (E-Mail)
			_____ (Straße und Hausnummer)	
<b>12. Rentenausweisnummer:</b>				
<b>13. Krankenkasse:</b>				
<b>14. Pflegestufe:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Welche?				
<b>15. Versicherungsverhältnis:</b> (gesetzlich / privat)				
<b>16. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:</b>				
<b>17. Zuzahlungsbefreit:</b>			bei Arzneimitteln:	
			bei Kuren, Transporten, Physiotherapie:	
<b>18. Name des Hausarztes:</b>			Dr.:	
			Anschrift:	
<b>19. Monatliches Einkommen:</b> (nach heutigem Stand)				
Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro		
<b>20. Gewünschte Unterbringung:</b> (Zutreffende bitte ankreuzen)				
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<input type="checkbox"/> Haus Mainblick		
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer		<input type="checkbox"/> Haus Rosengarten (Haupthaus)		
<input type="checkbox"/> im Erdgeschoss		<input type="checkbox"/> Zehnhaus		
<b>21. Termin:</b> (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)				
<b>22. Diät notwendig?</b> (Welche? Warum?)				

23. Frühere Unterbringung: (In einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grunde dort ausgeschieden?)	
24. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?	_____ (Vor- und Zuname)  _____ (Straße und Hausnummer)  _____ (In welcher Eigenschaft?)
25. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:	
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	
Datum:	Unterschrift des Antragstellers:
<b>Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.</b>	
Wie bzw. durch wen sind sie auf unser Haus aufmerksam geworden?	
Für Vermerke der Einrichtung:	