

<DocumentTitle>

47441 Moers Wittfeldstraße 31 Tel.: 02841 200-2102 Fax: 02841 200-2150	
<b>Anmeldung zur Aufnahme</b>	
(nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Ärztlichen Fragebogen einsenden) Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für ihr Verständnis!	
Name und Geburtsname	
Vorname	
Geburtstag und Geburtsort	
Konfession	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit	
Adresse	Straße, Hausnummer
	PLZ Wohnort
Derzeitiger Aufenthalt z. B. Krankenhaus, Rehaklinik, Senioreneinrichtung usw.	Name, Anschrift
	Aufnahmegrund
<b>Hauptansprechpartner/in</b>	Wie verwandt <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Vollmacht</span>
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon / Handy / Email	
<b>Angehörige</b>	Wie verwandt <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Vollmacht</span>
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon / Handy / Email	
Gerichtlich bestellter <b>Betreuer</b>	
Name, Adresse	
Telefon/Handy/Email	
Krankenkasse / Pflegekasse	Name, Adresse
Versicherten-Nummer	Versicherten-Nr.
Pflegegrad ab Datum	Pflegegrad, Datum
Hausarzt	Name, Adresse

<DocumentTitle>

**Kostenregelung bei Aufnahme (Diese Angaben sind dringend erforderlich. Nachweise bitte einreichen.)**

**Finanzierung durch:**

Bei Kurzzeitpflege Kosten für Unterkunft und Verpflegung pro Tag \_\_\_\_\_ €  
Eigenanteil

Anspruch auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege \_\_\_\_\_ €

**Bitte erfragen Sie den Anspruch unbedingt bei der Pflegekasse**

Bei vollstationärer Pflege mtl. Einkommen in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ €

Kopien der letzten Einkommensnachweise (z. B. Renten, Werksrenten, Pensionen, Blindengeld, Versorgungsbezüge, Mieteinnahmen, Zinseinkünfte, Unterhalt und sonstige Einnahmen liegen vor:

ja       nein       teilweise

Leistungen der Pflegekasse

Leistungen vom Versorgungsamt

Verbindlichkeiten z. B. Kredite

Nießbrauch, Wohnrecht oder Schenkungen \_\_\_\_\_

Vermögen (Bar-, Sparguthaben, Guthaben, Eigentum, usw.)

Vermögen über dem Schonvermögen von 10.000€ für Alleinstehende oder 20.000€ für Verheiratete

Heimnotwendigkeit notwendig

Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter/in Tel.: \_\_\_\_\_  gestellt       wird gestellt

**Gewünschte Unterbringung**

Einzelzimmer

Doppelzimmer

**Wunschtermin zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege** \_\_\_\_\_

**Frühere Unterbringungen** in einer anderen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grund ausgeschieden?

**Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden?** Name, Anschrift \_\_\_\_\_

In welcher Eigenschaft \_\_\_\_\_

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen \_\_\_\_\_

Der Einstufungsbescheid der Pflegekasse

liegt bei

wird nachgereicht

Der Ärztliche Fragebogen

liegt bei

wird nachgereicht

Eine Vollmacht/ Bestellsurkunde

liegt bei

wird nachgereicht

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Aufzunehmenden