

Anmeldung zur Aufnahme

47441 Moers Wittfeldstraße 31 Tel.: 02841 200-2102 Fax: 02841 200-2150	
Anmeldung zur Aufnahme (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
Hauptansprechpartner/in	Wie verwandt ☐ Vollmacht
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon / Handy / Email	
Angehörige	Wie verwandt ☐ Vollmacht
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon / Handy / Email	
Gerichtlich bestellter Betreuer	
Name, Adresse	
Telefon/Handy/Email	
Krankenkasse / Pflegekasse	Name, Adresse
Versicherten-Nummer	Versicherten-Nr.
Pflegegrad ab Datum	Pflegegrad, Datum
Hausarzt	Name, Adresse

Anmeldung zur Aufnahme**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 ☐ ja ☐ nein

Leistungen vom Versorgungsamt ☐ ja ☐ nein

Verbindlichkeiten z. B. Kredite ☐ ja ☐ nein

Erläuterung _____

Nießbrauch, Wohnrecht, Schenkungen etc. in den letzten 10 Jahren ☐ ja ☐ nein

Erläuterung _____

Vermögen (Bar-, Sparguthaben, Guthaben, Eigentum, usw.) über dem Schonvermögen von 10.000€ für Alleinstehende **oder** 20.000€ für Verheiratete ☐ ja ☐ nein

Heimnotwendigkeit notwendig ☐ ja ☐ nein

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. Zeitraum? Wo? Aus welchem Grund ausgeschieden?

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden? Name, Anschrift _____

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