

Bitte zurücksenden an	Eingangsvermerke des Heims
<p align="center">Evangelische Altenhilfe Much/Seelscheid Gemeinnützige GmbH Am Graspark 20 53819 Neunkirchen-Seelscheid Telefon: 02247 - 7010</p>	AZ:

Anmeldung zur Heimaufnahme

- Bitte beachten:**
- Zutreffendes ankreuzen ☒
 - Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden
 - Alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Namen	
Name	Geburtsname:
Vorname(n)	(Rufnamen unterstreichen)

Adressen	
Hauptwohnung <small>(polizeilich angemeldet)</small>	Straße, Haus-Nr.:
	PLZ: Ort:
	Telefon:
Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> wie oben (Hauptwohnung) <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Altenheim <input type="checkbox"/> Krankenhaus Bezeichnung der Einrichtung: _____
	Straße, Haus-Nr.:
	PLZ: Ort:
	Telefon Priv.: Fax:

Persönliche Daten	
Geburtsdaten	geb. am: in:
	Kreis: Land/Staat:
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit:
Konfession	<input type="checkbox"/> röm. kath. <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Zuletzt ausgeübter Beruf (vor Eintritt in das Rentenalter)	

Angehörige/Bezugsperson		Für weitere Angehörige gesondertes Blatt beilegen	
1	Name	Vorname:	
	Adresse	Straße, Haus-Nr.:	
		PLZ: Ort:	
	Telefon/Fax	Priv.: Dienstl.:	Fax:
Wie verwandt?	Bemerkung:		
2	Name	Vorname:	
	Adresse	Straße, Haus-Nr.:	
		PLZ: Ort:	
	Telefon/Fax	Priv.: Dienstl.:	Fax:
Wie verwandt?	Bemerkung:		

Bevollmächtigter / amtlich bestellter Betreuer

bitte Kopie der Bestellsurkunde beilegen

Name	Vorname:		
Adresse	Straße, Haus-Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon/Fax	Priv.:	Dienstl:	Fax:

Hausarzt / Krankenkasse oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.

Hausarzt			
Adresse	Straße, Haus-Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon/Fax	Praxis:	Fax:	
Krankenkasse	Mitgl.Nr./Az:		
Adresse	Straße, Haus-Nr.:		
	PLZ:	Ort:	

Heimkosten / Pflegeversicherung

Kostenübernahme der Heimkosten	<input type="checkbox"/> Selbstzahler				
	<input type="checkbox"/> Sozialamt in _____ Az.: _____ Sachbearbeiter: _____ Telefon: _____				
	Hinweis: Vor der Heimaufnahme muss die Kostenzusicherung vorliegen! Info Pflegewohngeld / Aufwendungszuschuss für Kurzzeitpflege				
Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> bisher wurde kein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt				
	<input type="checkbox"/> Antrag wurde gestellt am: _____ für <input type="checkbox"/> ambulante Pflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege				
	<input type="checkbox"/> Bescheid erhalten mit Pflegegrad (⇒ Bitte Kopie beilegen!) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				

Gewünschte Unterbringung

Art des Zimmers	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer/Bad			
Aufnahmetermin	<input type="checkbox"/> zum nächstmöglichen Termin <input type="checkbox"/> ab: _____			
Dauer	<input type="checkbox"/> unbefristete Aufnahme <input type="checkbox"/> als Urlaubsgast bis: _____			
Antragsteller	Name:			
	Straße, Haus-Nr.:		Telefon:	
	PLZ:	Ort:		
	In welcher Eigenschaft?			

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei / wird nachgereicht.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Antragstellers)