

Senioren- & Pflegeheim

Haus am Wiesengrund
Neuenwegstr. 38
76703 Kraichtal – Oberöwisheim
Tel. 07251 – 96 55-0
Fax. 07251 – 96 55 - 73
E-Mail: info@pfh-wiesengrund.de
Internet: www.pfh-wiesengrund.de



Eingang:

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nur zusammen mit den vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Dauerpflege <input type="checkbox"/>		Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	
1. Name:	(bei Frauen auch der Geburtsname)		
2. Vorname:	(Rufname bitte unterstreichen)		
3. Geburtsdatum/Geburtsort:	(Land/Kreis)		
4. letzter Wohnort, Strasse und Telefonnummer:			
5. Familienstand:	led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/>		
6. Konfession:			
7. Beruf / Staatsangehörigkeit:			
8. Ehegatte:	a) Vorname b) geboren c) gestorben	am: wann:	in: wo:
9. gesetzlicher Betreuer: (Kopie Betreuerausweis oder Beschluss Amtsgericht)			
_____		_____	
(Name)		(Vorname)	
_____		_____	
(PLZ, Wohnort)		(Strasse u. Nr.)	
_____		_____	
(Telefon)		(Fax / E-Mail)	

10. Anschrift der Angehörigen:	
1. _____ (wie verwandt)	_____ (Vor- u. Zuname)
_____ (PLZ, Wohnort)	_____ (Strasse u. Nr.)
_____ (Telefon)	_____ (Fax / E-Mail)
2. _____ (wie verwandt)	_____ (Vor- u. Zuname)
_____ (PLZ, Wohnort)	_____ (Strasse u. Nr.)
_____ (Telefon)	_____ (Fax / E-Mail)
3. _____ (wie verwandt)	_____ (Vor- u. Zuname)
_____ (PLZ, Wohnort)	_____ (Strasse u. Nr.)
_____ (Telefon)	_____ (Fax / E-Mail)
11. In wichtigen Angelegenheiten, sollen verständigt werden?	Lfd. Nr. 1 <input type="checkbox"/> Lfd. Nr. 2 <input type="checkbox"/> Lfd. Nr. 3 <input type="checkbox"/> (zutreffendes ankreuzen)
Weitere wichtige Hinweise (Vollmacht, Patientenverfügung)	Sonstige:
12. Welche Krankenkasse bzw. Pflegekasse: Anschrift: Telefon:	
13. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:	
14. Hausarzt: Name u. Anschrift: Telefon:	

15. Pflegestufe	Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/>
16. Kostenzusage der Pflegekasse vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
17. Beihilfekasse: Anschrift: Telefon:	
18. Kostenträger Sozialamt: Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig: Wurde ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
19. Bankverbindung:	Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____
20. Gewünschte Unterbringung:	Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/>
21. Für wann ist der Einzug gewünscht? (Termin)	
22. Wer stellt diesen Aufnahmeantrag für den Aufzunehmenden? In welcher Eigenschaft?	
23. Derzeitiger Aufenthalt Krankenhaus / Heim? Ansprechpartner?	
24. Hinweise, Bemerkungen	

Ich erkläre hiermit, dass alle Fragen den Tatsachen entsprechend beantwortet sind.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____