

ASB Pflegeheim Schwaan
John-Brinckman-Str. 17
18258 Schwaan
Tel. 03844 8600
Fax: 03844 860112



Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Name, Geburtsname: ehemaliger Beruf:

2. Vorname:

3. Geboren:
am in

4. Hauptwohnsitz:
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer

.....
Telefon

5. Pflegegrad: 2 3 4 5

Einstufung beantragt am:

6. Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?
Name des Krankenhauses oder Heimes

.....
Name des Krankenhauses oder Heimes

7. Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend

.....
Konfession

.....
Staatsangehörigkeit

8. Ehegatte:
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Letzte Eheschließung am

.....
in

9. Angehörige:
a)
Wie verwandt? Vor- und Zuname

.....
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer

.....
Telefon privat

.....
Telefon dienstlich

b)
Wie verwandt? Vor- und Zuname

.....
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer

.....
Telefon privat

.....
Telefon dienstlich

c)
Wie verwandt? Vor- und Zuname

.....
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer

.....
Telefon privat

.....
Telefon dienstlich

Betreuung
Vorsorgevollmacht

10. Betreuer/Bevollmächtigter:
Bestellurkunde bzw. Vollmacht
Bitte in Kopie beifügen!
.....
Vor- und Zuname
.....
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer

11. Krankenkasse/
Pflegekasse:
.....
Name/Ort
.....
Mitgliedsnummer

12. Hausarzt:
.....
Name
.....
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer, Telefon

Welche Apotheke soll
künftig liefern: Adler-Apotheke Schwanen-Apotheke Zuzahlungsbefreit: ja nein

13. Monatliches Einkommen:
Nach heutigem Stand

<u>Art des Einkommens</u>	<u>Zahlende Stelle</u>	<u>Betrag in Euro</u>
.....
.....

14. Die Heimkosten werden
aufgebracht durch:
 das oben aufgeführte monatliche Einkommen
 Zuzahlungen aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) Bestand heute**)
 Zahlungen*) von:
 das zuständige Sozialamt*) in:

*) Die Kostenverpflichtungserklärung – liegt bei – folgt in den nächsten Tagen – muss noch beantragt werden – ist beantragt
**) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

15. Wer stellt diesen Antrag
Für den Aufzunehmenden:
.....
Name, genaue Anschrift
.....
In welcher Eigenschaft?

16. Hinweise, Bemerkungen
und Ergänzungen:
.....
.....

17. Der vom Arzt ausgefüllte
Fragebogen liegt bei: ja nein

.....
Ort/Datum
.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden