

Anmeldung zur Aufnahme

Gewünschtes Datum _____ Aufnahme auf der Warteliste

Friedrich-Ebert-Straße

- Vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Servicewohnen
 - Apartment Option 1 (34,85 m²)
 - Apartment Option 2 (35,01 m²)
 - Apartment Option 3 (48,83 m²)

Heinrichstraße

- Vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Servicewohnen
 - Wohnung Nummer¹
 - Apartment (36,45 m²)

Seniorentagespflege

1. Persönliche Daten

Herr Frau

Name _____	Straße _____
Geburtsname _____	PLZ, Ort _____
Vorname _____	Telefonnr. _____
Geburtsdatum _____	Aufenthaltsort _____
Geburtsort _____	Familienstand _____
Staatsangehörigkeit _____	Konfession _____

2. Angehörige

Name _____	Telefonnummer P ² _____
Vorname _____	Telefonnummer D ³ _____
Wie verwandt? _____	Mobiltelefon P _____
Straße _____	Mobiltelefon D _____
PLZ, Ort _____	E-Mail _____

Name _____	Telefonnummer P _____
Vorname _____	Telefonnummer D _____
Wie verwandt? _____	Mobiltelefon P _____
Straße _____	Mobiltelefon D _____
PLZ, Ort _____	E-Mail _____

Name _____	Telefonnummer P _____
Vorname _____	Telefonnummer D _____
Wie verwandt? _____	Mobiltelefon P _____
Straße _____	Mobiltelefon D _____
PLZ, Ort _____	E-Mail _____

¹ Größe siehe Preisliste

² P = Privat

³ D = Dienstlich

3. Betreuung/ Bevollmächtigung⁴

Name _____	Straße _____
Vorname _____	PLZ, Ort _____
Wirkungskreis _____	Telefonnr. _____
	Mobiltelefon _____

4. Sozialversicherungsdaten

Krankenkasse _____	Versicherten-Nr. _____
Zuzahlungsbefreit ⁵ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> bewilligt seit _____	<input type="checkbox"/> Höherstufung bereits beantragt
<input type="checkbox"/> beantragt am _____	

5. Medizinische Betreuung (Hausarzt/ Facharzt)

Name _____	Straße _____
Fachgebiet _____	PLZ, Ort _____
	Telefonnr. _____

6. Kostenträger

Deckung durch <input type="checkbox"/> Rente	Sozialhilfe <input type="checkbox"/> wird bezogen
<input type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> ist beantragt
<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> wird beantragt
Höhe der Einkünfte _____	PWG-Anspruch ⁶ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Nachlassregelung

Bestattungsinstitut _____	
Aushändigung Nachlass _____	

Wir weisen Sie darauf hin, dass die An-, Ab-, und Ummeldung des Wohnsitzes innerhalb von 14 Tagen erfolgen muss (siehe §17 Abs. 1 Bundesmeldegesetz).

Ort, Datum, _____	Unterschrift Interessent _____
-------------------	--------------------------------

Auswahlkriterien

<input type="checkbox"/> Räumliche Nähe <input type="checkbox"/> Empfehlung von _____ (z. B. Krankenhäuser, Ärzte, Nachbarn etc.) <input type="checkbox"/> Positiver Eindruck	<input type="checkbox"/> Entscheidung des Betreuers <input type="checkbox"/> Keine Alternative <input type="checkbox"/> Medien <input type="checkbox"/> Sonstiges
--	--

⁴ Kopie der Vollmacht/ Betreuungsurkunde einreichen!
⁵ Kopie des Ausweises einreichen!
⁶ PWG = Pflegewohngeld