

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 (polizeilich angemeldet)	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:	

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!		
Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> bisher wurde <u>kein Antrag</u> 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 <u>Pflegestufe</u> (⇒ Bitte Kopie beilegen!)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I
		<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Härtefall
Gewünschte Unterbringung			
Art des Zimmers	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	
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?		
Hinweise, Bemerkungen oder Ergänzungen			
Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei / wird nachgereicht.			
_____, den _____		_____	
(Ort)		(Datum)	
		(Unterschrift des Antragstellers)	