

# Anmeldung zur Heimaufnahme

vorsorglich

dringend

Dieser Antrag soll Gültigkeit haben für das Haus Tabita in **Kleinenbroich**

Dieser Antrag soll Gültigkeit haben für das Albert-Schweitzer-Haus in **Grevenbroich**

Dieser Antrag soll Gültigkeit haben für das Haus Markuskirche in **Dormagen**

## 1. Zur Person

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ - Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

auch Krankenhaus o. \_\_\_\_\_

Seniorenheim \_\_\_\_\_

## 2. Angehörige

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Wie verwandt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Wie verwandt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## 3. Betreuer (nach Betreuungsrecht)

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ - Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

4. **Krankenkasse**

Adresse \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

5. **Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

6. **Gewünschte Unterbringung**

Einzelappartement       Doppelappartement       Pflegebereich

Aus welchen Gründen wird eine Heimaufnahme gewünscht?

\_\_\_\_\_

7. **Monatliches Einkommen**

Art des Einkommens	Bezahlende Stelle	Betrag

8. **Die Heimkosten werden finanziert durch:**

- Barvermögen       Grundbesitz  
 Sparguthaben / Betrag .....€  
 Sozialhilfe  
 Der Kostenübernahmeantrag wurde gestellt am: .....  
 Der Kostenübernahmeantrag wird umgehend gestellt.

9. **Angaben zur Pflegeversicherung**

- Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt?     ja       nein  
Liegt eine Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung vor?     ja       nein  
Wenn ja, für welchen Pflegebereich?     ambulante Pflege     stationäre Pflege

Liegt die Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug des Medizinischen Dienstes (MDK) Ihrer Pflegekasse vor ?     ja     nein     ist beantragt

Liegt eine Einstufung der Pflegekasse vor ?

Für welche Pflegestufe?

Pflegestufe I     Pflegestufe II     Pflegestufe III

**10. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?**

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ - Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Dieser Antrag behält Gültigkeit für die Dauer von 6 Monaten ab Eingangsdatum.  
Wird eine Verlängerung gewünscht, werde ich Sie unaufgefordert kontaktieren.

\_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift Antragsteller                                      Unterschrift Aufzunehmende/r

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

**Ein Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich.**