

Diakonieverein Kaufbeuren e.V.
Seniorenheim Heinzelmannstift
 Heinzelmannstr. 3, 87600 Kaufbeuren
 Tel.: 08341 / 90 31-0 FAX: 08341 / 90 31-999
 info@diakonie-kaufbeuren.de
 www.diakonie-kaufbeuren.de

Bitte Eingangsstempel !!

Anmeldung zur Heimaufnahme

Dringlicher Antrag: Vorsorglicher Antrag: Vor- und Zuname:Geburtsname:Geburtsdat.:Geburtsort:Staatsangeh.:Familienstand:Konfession:Straße:Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus) - Straße:PLZ, Ort:PLZ, Ort:Telefonnummern/Fax:Telefonnummern/Fax:Angehörige - wie verwandt:Weitere Angehörige - wie verwandt:Vor- und Zuname:Vor- und Zuname:Straße:Straße:PLZ, Ort:PLZ, Ort:Telefonnummern/ HandyNr./Fax, Dienst + Privat:Telefonnummern/Fax, Dienst + Privat:Hausarzt - Name:Weiterer Arzt - Name:Straße:Straße:PLZ, Ort:PLZ, Ort:Telefonnummern/Fax:Telefonnummern/Fax:Vermerke des Heimes:

Einstufung Pflegeversicherung:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Datum der Einstufung:

Wenn NEIN wann beantragt:

Höhe des Einkommens (z.B. Renten usw.):

Wenn Einkommen und Pflegezulage nicht ausreichen, bitte beim Sozialamt sofort Antrag auf Kostenübernahme stellen!

Die/Der Anzumeldende oder dessen Angehörige tragen die Heimkosten selbst:

nein

ja

Angaben zum Ehepartner (auch wenn verstorben):

Vor- und Zuname:

Weitere Angehörige - wie verwandt:

Geburtsdat.:

evtl. Todestag:

Konfession:

Vor- + Zuname:

Straße:

Straße:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Telefonnummern/Fax, Dienst + Privat:

Telefonnummern/Fax, Dienst + Privat:

Besteht eine Vorsorgevollmacht:

JA

NEIN

Wenn JA - Wer hat Vollmacht:

Besteht eine Patientenverfügung:

Wann aktualisiert:

Besteht eine Betreuung die durch das Amtsgericht eingerichtet wurde ?

nein

ja, siehe unten:

Amtsgericht:

Vor- und Zuname des Betreuers:

Wirkungskreis eingeschränkt?

Straße:

Wer soll benachrichtigt werden wenn ein Platz frei wird:

PLZ, Ort:

Telefonnummern/Fax, Dienst + Privat:

Telefonnummern/Fax, Dienst + Privat:

Antrag auf Betreuung wurde gestellt:

nein

ja

Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer:

Platz im Doppelzimmer:

Auf gar keinen Fall Doppelzimmer:

Egal:

Krankenkasse + Versichertennummer:

Zuzahlungbefreiung:

nein

ja

Ist die Pflege und Betreuung im Wohnbereich mit Schwerpunkt "Demenzerkrankung notwendig"?

nein

ja

Bemerkung:

Raum für sonstige Mitteilungen:

Kaufbeuren, den

Unterschrift:

Freigegeben durch GF

Bearbeitet

Version

Datum

Fr. Fischer

6

19.07.2017