

Altenheim Maria vom Siege

Hochstraße 207

56070 Koblenz

Tel: 0261/ 89907-0

Fax: 0261/ 89907-32

Email : j.kettermann@altenheim-maria-vom-siege.de



Anmeldung zur Heimaufnahme () Kurzzeitpflege () Tagespflege ()

Bitte alle Fragen vollständig beantworten.	
1. <u>Name:</u> _____	
2. <u>Vorname(n):</u> (Rufnamen bitte unterstreichen) _____	
3. <u>Geburtsname</u> _____	
4. <u>Geburtsdatum:</u> _____ <u>Ort:</u> _____	
5. <u>Familienstand:</u> _____	6. <u>Konfession:</u> _____
6. <u>Staatsangehörigkeit:</u> _____	
7. <u>Wohnung:</u> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet) _____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde, Kreis) _____ (Straße und Hausnummer) _____ (Telefon) _____	
9. <u>Zur Zeit im Krankenhaus oder Altenheim?</u> _____ (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)	
10. <u>Angehörige:</u>	
a) _____ (Vor- und Zuname)	_____ (Verwandtschaftsgrad)
_____ Straße, Hausnummer	_____ Telefon
_____ Postleitzahl, Wohnort	_____ E-Mail
b) _____ (Vor- und Zuname)	_____ (Verwandtschaftsgrad)
_____ Straße, Hausnummer	_____ Telefon
_____ Postleitzahl, Wohnort	_____ E-Mail
c) _____ Vor- und Zuname)	_____ (Verwandtschaftsgrad)
_____ Straße, Hausnummer	_____ Telefon
_____ Postleitzahl, Wohnort	_____ E-Mail
Falls es keine Angehörigen gibt, bitte eine andere Vertrauensperson angeben! Wenn mehr als 3, bitte extra Blatt benutzen	
11. <u>Liegt eine Betreuung / Vollmacht vor?</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____ (Vor- und Zuname)	
_____ (Straße und Hausnummer, Telefon)	
(Kopie der Bestellsurkunde oder Vollmacht beilegen)	

Altenheim Maria vom Siege

Hochstraße 207

56070 Koblenz

Tel: 0261/ 89907-0

Fax: 0261/ 89907-32

Email : j.kettermann@altenheim-maria-vom-siege.de



12. <u>Name und Anschrift der Krankenkasse:</u>	<u>Versichertennummer:</u>
13. <u>Pflegegrad</u> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	beantragt am: _____
14. <u>Zuzahlungsbefreit:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15. <u>Name des Hausarztes:</u> _____	
16. <u>Der Eigenanteil wird aufgebracht durch:</u> <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> das eigene Einkommen <input type="checkbox"/> Anteilig durch Sozialamt <input type="checkbox"/> Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt am _____ in _____ gestellt	
Wichtig: Der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt vor Heimaufnahme zu stellen	
17. <u>Gewünschte Wohnform:</u> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
18. <u>Einzugstermin bei vollstationärer Pflege:</u>	
19. <u>Gewünschter Aufenthaltszeitraum bei Kurzzeitpflege:</u> von: _____ bis: _____	
20. <u>Rechnungsempfänger :</u>	
21. <u>Datum, Unterschrift des Antragstellers:</u>	
22. <u>Möchten Sie uns noch etwas sagen?</u>	