

1. Anmeldung für die Aufnahme

☐ Stationär ab: _____ ☐ KZP von _____ bis _____

Name/ Vorname: _____

geborene/r: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Tel: _____ Konfession : _____

Staatsangehörigkeit _____ Familienstand _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

2. Betreuung, Vollmacht

Ist ein/e gesetzliche/r Betreuer/ in bestellt ☐ ja ☐ nein

Liegt eine Vollmacht vor ☐ ja ☐ nein

3. Angehörige / Ansprechpartner

1) Name _____ Vorname _____ verwandt _____

Straße _____ PLZ/ Ort _____

Tel: _____ Mobil: _____

Email: _____

2) Name _____ Vorname _____ verwandt _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Tel: _____ Mobil: _____

3) Name _____ Vorname _____ verwandt _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Tel: _____ Mobil: _____

4. Behandelnde Ärzte

Hausarzt _____ Telefon _____

Adresse _____

Facharzt _____ Telefon _____

Adresse _____

Facharzt _____ Telefon _____

Adresse _____

5. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor ☐ ja ☐ nein

6. Privat – und Krankenversicherungen

a) Krankenkasse _____ Vers. Nr. _____

b) Pflegekasse _____

c) **Privatversichert** ☐ ja ☐ nein

wenn ja, bitte Private Krankenkasse und Versichertennummer mit angeben:

d) **Beihilfeberechtigt** ☐ ja ☐ nein Personennummer: _____

Prozent: Eigenanteil _____ % Beihilfeanteil: _____ %

e) **Kriegsopferfürsorge** ☐ ja ☐ nein Mitgliedsnummer: _____
wenn ja, Ansprechpartner: _____
Adresse _____

7. Leistungen der Pflegeversicherung

☐ ja ☐ nein ☐ Pflegegrad beantragt
festgestellter Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. Schwerbehindertenausweis

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis ☐ ja ☐ nein
gültig bis: _____
Prozent: _____%

9. Hilfsmittel

Benutzen Sie Hilfsmittel ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche (z.B. Rollstuhl, Gehwagen) _____

10. Wer kommt für die Heimkosten auf ?

☐ Selbst ☐ LVR/LWL Hauptfürsorgestelle
☐ Sozialamt Ort / Ansprechpartner: _____

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag

Kostenträger

- Oben aufgeführtes monatliches Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen von:
- Zahlung von _____
- Das zuständige Sozialamt in _____
Kostenverpflichtung liegt bei / folgt in den nächsten Tagen/muss noch
beantragt werden/ist beantragt (zutreffendes unterstreichen)

Die Beantwortung dieser Frage entfällt, wenn die Kostendeckung
einwandfrei geklärt ist.

11. Fußpflege

Wird eine Fußpflegerin gewünscht? ☐ ja ☐ nein

Rechnungsstellung über:

Verwahrungskonto des Bewohners ☐

Bevollmächtigte/n ☐

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/in
Bevollmächtigte/r