



Anmeldung zur Heimaufnahme

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> akut | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> vorsorglich | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |

Senioreneinrichtungen Wesel

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nikolaus-Stift | Wilhelm-Ziegler-Straße 21, 46483 Wesel |
| <input type="checkbox"/> Martinistift | Martinistraße 6-8, 46483 Wesel |
| <input type="checkbox"/> St. Lukas | Springendahlstraße 6, 46483 Wesel |
| <input type="checkbox"/> St. Christophorus | Wilhelmstraße 4, 46562 Voerde |
| <input type="checkbox"/> St. Elisabeth | Elisabethstraße 10, 46562 Voerde |

Senioreneinrichtungen Emmerich/Rees

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Willikensoord | Willikensoord 1, 46446 Emmerich am Rhein |
| <input type="checkbox"/> St. Augustinus | Willibrordstraße 15, 46446 Emmerich am Rhein |
| <input type="checkbox"/> Agnes-Heim | Gouverneurstraße 9, 46459 Rees |
| <input type="checkbox"/> St. Joseph | Hospitalstraße 3, 46459 Rees-Millingen |

1. Persönliche Angaben

Vor-, Zuname

ggf. Geburtsname

Anschrift

Telefon

Geburtsort

Geburtsdatum

Konfession

Familienstand

Staatsangehörigkeit

2. Derzeitiger Aufenthalt

eigene Wohnung, Anschrift siehe Punkt 1

3. Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

Wie viele Tage? _____

4. Bezugspersonen

bitte Namen, Anschrift, Telefonnummer und Verwandtschaftsgrad angeben!

1. _____

2. _____

3. _____

5. Betreuung/Vollmacht

ist/wird angeregt besteht bereits

Notwendigkeit nicht geklärt

Betreuerin/Betreuers/Bevollmächtigten Telefon

Anschrift

Wirkungskreis der Betreuung

6. Erster Ansprechpartner

1. Bezugsperson (siehe Punkt 4)

Betreuung (siehe Punkt 5)

7. Hausärztin/Hausarzt

Name

Anschrift

Telefon

8. Krankenkasse

Name

Anschrift

Telefon

Versicherten-Nr.

9. Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stellen	Betrag in €/Monat
Altersrente	_____	_____
Witwenrente	_____	_____
Kriegsopferrente	_____	_____
Rente aus Kindererziehungszeiten	_____	_____
Werksrente	_____	_____
Zusatzrente	_____	_____
Beihilfe	_____	_____
Sonstiges	_____	_____

10. Finanzierung

Pflegeversicherung

Ein Antrag auf Pflegeleistungen wurde gestellt

Es wurden bereits von der Pflegekasse

Leistungen in der Höhe des Pflegegrades _____ gewährt

keine Leistungen gewährt

Selbstfinanzierung durch Rente und Barvermögen

Sozialamt

Ein Kostenüberhahmeantrag beim zuständigen Sozialamt in

wurde bereits gestellt

wird umgehend gestellt

Die Notwendigkeit der Heimaufnahme wurde vom Sozialamt

bestätigt

noch nicht bestätigt, eine Entscheidung steht z. Zt. noch aus

verneint

