DER MENSCH IM MITTELPUNKT

St. Martini Altenpflegeheim
Duderstadt

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

am

im Zimmer

PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname (Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsname

Geboren am

in (Landkreis & ggf. Land/Staat angeben)

BISHERIGER WOHNORT (MIT HAUPTWOHNSITZ POLIZEILICH GEMELDET)

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

DERZEITIGER AUFENTHALT

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

WEITERE DATEN

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

KONTAKTPERSON/EN

Angehörige

Betreuuer

Vertrauensperson

Name | Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

Verwandschaftsgrad

Telefon

Handy

E-Mail

Name | Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

Verwandschaftsgrad

Telefon

Handy

E-Mail

VERSICHERUNGEN

Liegt eine Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung vor?

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung liegt vor wird nachgereicht

Krankenkasse (Oder sonstige Kostenverträge für Arzt, Arznei usw.)

Apotheke

Rezeptbegührenbefreiung

Ja Nein bis

Versicherungsverhältnis (z. B. Rentner, freiwillige Mitglieder, Familienhilfe)

Mitglieds- Nr. der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers

HAUSARZT

Name | Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

Telefon

KOSTEN

Monatliches Einkommen/ Höhe der Rente (Stand Anmeldetag)

Kostenträger (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

- ◯ Selbstzahler
- ◯ Beihilfe
- ◯ anderes Sozialamt/ Kostenträger

Die Kostenverpflichtungserklärung:

- ◯ liegt vor
- ◯ folgt in den nächsten Tagen
- ◯ muss noch beantragt werden
- ◯ ist beantragt am

BISHERIGE AUFENTHALTE (Z.B. IN EINEM HELM ODER ÄHNLICHER EINRICHTUNG)

Wo?

Wann?

Aus welchem Grund ausgeschieden?

WER STELLT DEN ANTRAG FÜR DEN AUFZUNEHMENDEN?

Name | Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

Verwandschaftsgrad

Telefon

WEITERE INFORMATIONEN

Pflegegrad (mit schriftlicher Bestätigung der Pflegekasse)

Werden Inkontinenzartikel gebraucht?

Medizinische Geräte/ Hilfsmittel?

RECHNUNGSEMPFÄNGER (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

Name | Vorname

per Post (vorzugsweise)

per Mail

HINWEISE | BEMERKUNGEN | ERGÄNZUNGEN

AUFNAHME

Aufnahmegespräch geführt mit

Name des Angehörigen/ Sozialdienstes

am

Aufnahmegespräch geführt durch

Name der Mitarbeiterin

am

DIESE ANMELDUNG IST – BIS AUF WIDERRUF - VERBINDLICH.
ALLE ANGABEN ENTSPRECHEN DEN TATSACHEN.

Ort

den

Unterschrift des Antragstellers

St. Martini GmbH | Göttinger Str. 34 | 37115 Duderstadt
Geschäftsführung: Markus Kohlstedde | Telefon 05527 842-0 | Telefax 05527 842-119 | info@kh-dud.de
Registergericht HRB 4230 | IK-Nr. 510 311 950 | UST-ID DE 261 426 716 | Steuer-Nr. 35/270/39955
WWW.ALTENPFLEGEHEIM-DUDERSTADT.DE