



Klopstockstr. 6 / Sophienstr. 230  
Telefon: 0721/ 5 97 24 – 147 Frau Dietz (0 – Zentrale)  
Fax: 0721/ 5 97 24 – 18  
E-Mail: [daniela.dietz@haus-schmitz.de](mailto:daniela.dietz@haus-schmitz.de)  
[info@haus-schmitz.de](mailto:info@haus-schmitz.de)

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

**Aufenthalt vor Einzug: (Zuhause/Klinik/Heim):** \_\_\_\_\_

### **Bitte nennen Sie uns Angehörige/Betreuer als Ansprechpartner:**

1. Name: \_\_\_\_\_ 2. Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Angehörigenart: \_\_\_\_\_ Angehörigenart: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Betreuung beantragt**  **Betreuung besteht (Name):** \_\_\_\_\_

**Vorsorge-/Generalvollmacht besteht (Name):** \_\_\_\_\_

### **Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken-/Pflegekasse:**

AOK  Barmer GEK  DAK  KKH  TKK  Siemens BKK  \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

privat versichert / Name der Kasse: \_\_\_\_\_ Beihilfe  ja  nein

**Gebührenbefreit?**  ja  nein

**Antrag auf vollstationäre Pflege bei der Pflegekasse gestellt?**  ja  nein



**SCHMITZ**  
Senioren & Pflegeheim  
Klopstockstr. 6 / Sophienstr. 230  
Telefon: 0721/ 5 97 24 – 147 Frau Dietz (0 – Zentrale)  
Fax: 0721/ 5 97 24 – 18  
E-Mail: [daniela.dietz@haus-schmitz.de](mailto:daniela.dietz@haus-schmitz.de)  
[info@haus-schmitz.de](mailto:info@haus-schmitz.de)

**Angaben zum Kostenträger:**

- Selbstzahler  Sozialhilfeempfänger  
 Rechnung geht an: \_\_\_\_\_

**Welcher Pflegegrad besteht derzeit? (Bitte Bescheid der Pflegekasse als Kopie beilegen):**

- 2  3  4  5  
 Pflegegrad wurde beantragt am: \_\_\_\_\_  Höherstufung wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

**Schwerbehindertenausweis:**

- ja  nein \_\_\_\_\_ %

**Wer ist Ihr Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Wäschenamen (werden bei verbindlicher Anmeldung vorab bestellt und berechnet):**

- 50 Stück (8,00 €)  100 Stück (15,00 €)  150 Stück (23,00 €)

(Für das Patchen der Kleidung berechnen wir 0,20 Euro pro Kleidungsstück)

**Fußpflege:**  ja  nein **Fußpflege auf Rezept:**  ja  nein **Friseur:**  ja  nein

**Getränke:**  ja  nein **Besorgung der Pflegemittel:**  vom Haus  selbst (Angehörige)

**Gewünschtes Einzugsdatum ins Einzelzimmer:** \_\_\_\_\_

**Reservierungs-/Freihaltegebühr des Einzelzimmers beträgt 50,00 €/pro Tag. Reservierung ab: \_\_\_\_\_**

**Stornogebühr: 50,00 € bei verbindlicher Einzugszusage plus die Kosten für die Wäschenamen!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_