Klopstockstr. 6 / Sophienstr. 230
Telefon: 0721/ 5 97 24 – 0
Fax: 0721/ 5 97 24 – 395
E-Mail: aufnahme@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:

Name: _____ 2. Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Angehörigenart: _____ Angehörigenart: _____

Straße: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Mobil: _____ Mobil: _____

Mail: _____ E-Mail: _____

☐ Betreuung von Amts wegen beantragt/besteht (Name): _____

☐ Vorsorge-/Generalvollmacht besteht (Name): _____

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:

☐ AOK ☐ Barmer GEK ☐ DAK ☐ KKH ☐ TKK ☐ Siemens BK ☐ Sonstige: _____

Mitglieds-Nr. Krankenkasse: _____

☐ privat versichert / Name der Kasse: _____ Beihilfe ☐ ja ☐ nein

Gebührenbefreit? ☐ ja ☐ nein

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

Angaben zum Kostenträger:

☐ Selbstzahler ☐ Sozialhilfeempfänger

☐ Rechnungsempfänger ist: _____

Klopstockstr. 6 / Sophienstr. 230
Telefon: 0721/ 5 97 24 – 0
Fax: 0721/ 5 97 24 – 395
E-Mail: aufnahme@haus-schmitz.de

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 Grad _____ % Merkzeichen: _____ ☐ nein

Wer ist Ihr Hausarzt:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Sind Sie vollständig gegen **COVID-19** geimpft? ☐ ja (bitte Kopie vom Impfpass beifügen) ☐ nein

Wäschenamen (werden bei verbindlicher Einzugszusage bestellt und berechnet):
Für die Etiketten und das Kennzeichnen der Wäsche werden einmalig pauschal 70,00 Euro in Rechnung gestellt.

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: _____

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

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

Bemerkungen: _____

_____

_____

Speichern Drucken Senden