

Anmeldung zur Heimaufnahme

Haus St. Benedikt

Alten- und Pflegeheim Recke

Am Wall 3

49509 Recke

Telefon 05453 / 22 -0

Telefax 05453 / 2 21 05

St. Josefshaus

Alten- und Pflegeheim
Betreutes Wohnen

St. Josefstraße 2

48496 Hopsten-Halverde

Telefon 05457 /-9110

Telefax 05457 / 911133

post@haus-st-benedikt.de

Stationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

von _____ bis _____

Angaben zur Person

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Hausname: _____ Konfession: _____
Geburtsname: _____ Pfarrgemeinde: _____
Wohnort: _____ Familienstand: _____
Straße: _____ Staatsangeh.: _____
Tel.: _____ Geburtsort: _____

Angehörige / Bekannte

1 (Ansprechpartner- Erste Bezugsperson)

wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil

2 (Ansprechpartner)

wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil

3 (Ansprechpartner)

wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil

Grund für die Heimaufnahme

Krankenkasse

Zuzahlungsbefreit Ja Nein

Name

Vers.Nr.

Anschrift

Hausarzt

Name

Straße

Ort

Telefon

Patiententestament

ja nein (bitte Kopie beifügen)

Gesetzl. Betreuung **(Vorsorge-)Vollmacht** (bitte Kopie beifügen)

Aufenthaltsbestimmung

Unterbringungsähnliche Maßnahmen

Vermögen

Entgegennahme der Post

Gesundheitsfürsorge

Name

Straße

Ort

Telefon

Name

Straße

Ort

Telefon

Pflegeversicherung:

Liegt eine Pflegeeinstufung vor? Nein Ja Stufe:

beantragt

Erhalten Sie besondere Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI? Ja Nein

Heimnotwendigkeitsbescheinigung Pflegestufe 0 liegt vor Ja Nein beantragt

Finanzierung:

Eigenes Vermögen / Einkommen

Pflegekasse

Sozialhilfe

Sonstiges: _____

Bankverbindung:

Bank: _____

BIC _____

Kontoinhaber: _____

IBAN _____

Bemerkungen

(z.B. ist im Falle d. Kurzzeitpflege ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt?)

Antragsteller/in

Name

Anschrift

Telefon

Ort/Datum

Unterschrift

Unterschrift gesetzl. Vertreter