

Telefon: 02722 / 6357-0

FAX: 02722 / 6357-2355

## Anmeldung zur Heimaufnahme Bereich Wachkoma

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

**Straße:** \_\_\_\_\_ **Plz./Ort:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_ **Geb.Name:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Ort:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**verheiratet:** ja  nein  **verwitwet:** ja  nein

**seit wann:** \_\_\_\_\_ **Religion:** \_\_\_\_\_

**Name des/r Ehegatten/in:** \_\_\_\_\_

**Angehörige:** 1. **Vor-u. Zuname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Plz./Ort:** \_\_\_\_\_

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

**Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

2. **Vor-u. Zuname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Plz./Ort:** \_\_\_\_\_

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

**Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner bei Kontaktaufnahme durch die Einrichtung:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Liegt eine amtliche Betreuung vor:** ja  nein

**Name des § Betreuers:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

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

**Wirkungskreis der Betreuung** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor:** ja  nein  **gültig bis:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Liegt eine Einstufung durch die Pflegekasse vor:** ja  nein

**Bitte ankreuzen:** Pflegegrad 2  Pflegegrad 3   
Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

**Von der Einrichtungsleitung bzw. Pflegedienstleitung auszufüllen:**

**Voraussichtlicher Aufnahmeterrnin:** \_\_\_\_\_ **in Zi. Nr.:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

Bitte prüfen Sie anhand des Entgeltverzeichnisses, entsprechend der Pflegegrades, ob Sie in der Lage sind die Heimunterbringungskosten aus eigenen Mitteln zu tragen!

Haben Sie diesbezüglich Fragen, sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne. Wenn Sie einen Termin vereinbaren, haben wir sicher genügend Zeit ungestört Ihre Fragen zu beantworten. An dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass vor Heimaufnahme die Deckung der Kosten geklärt sein muß.

Die Vorabinformation gemäß § 3 Wohn- und Betreuungvertragsgesetz – WBVG – wurde mir von der Einrichtung ausgehändigt und ich habe es zur Kenntnis genommen.

**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Raum für Anmerkungen** \_\_\_\_\_

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