	Qualitätshandbuch	Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen

gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Doppelzimmer

gewünschter Zeitpunkt des Einzugs: _____

1. Personalien

Familiename: _____ Geburtsname: _____

Vorname/n: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Kreis: _____

2. Wohnsitz

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

3. Familienstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden

4. Kinder

Anzahl der Kinder: _____

5. Konfession

evangelisch katholisch sonstige _____

6. Staatsangehörigkeit


Staatsangehörigkeit: deutsch _____

7. Krankenkasse

Name der Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 4.0	Stand: 27.07.2022
				Seite 1 von 4

	Qualitätshandbuch	Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

8. Angaben zur Pflegeversicherung

- Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt? Ja Nein
- Liegt eine Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung vor? Ja Nein
- Wenn „Ja“, für welchen Pflegebereich? ambulante Pflege
 stationäre Pflege
- Wenn „Ja“, für welchen Pflegegrad? 1 2 3 4 5

9. Mit wem ist Rücksprache zu führen?

Angehörige:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Name:		
Vorname:		
wie verwandt:		
Straße:		
Wohnort:		
Telefon privat:		
Telefon dienstl.:		
Mobil:		
E-Mail:		

10. Betreuer gemäß § 1896 BGB

Liegt eine gerichtliche Betreuung vor? ist beantragt Ja Nein

Name: _____ Telefon: _____


Straße: _____ PLZ/Ort: _____

(WICHTIG: Bitte die Kopie der Betreuungsurkunde beifügen!)

Aufgabenkreis der Betreuung:

- Vermögenssorge Aufenthalt Gesundheit sonstiges

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 4.0	Stand: 27.07.2022
				Seite 2 von 4

	Qualitätshandbuch	Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

11. Ärztliche Versorgung

1. Name: _____ Telefon: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____

2. Name: _____ Telefon: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____

3. Name: _____ Telefon: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____

12. Erklärung zur Heimfinanzierung

Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens	Betrag
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
Vermögen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betrag: _____ €
Grundbesitz: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betrag: _____ €

Die Heimkosten werden finanziert durch:

Selbstzahlung Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) / Kriegsofferfürsorge

Soll ein Antrag auf Pflegegeld gestellt werden?

Ja Nein wurde gestellt

Bei Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe):

Der Kostenübernahmeantrag wurde von uns gestellt:

Ja, am _____


Der Kostenübernahmeantrag wird umgehend gestellt

Ja

Liegt die „Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug“ vor?

Ja Nein ist beantragt

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 4.0	Stand: 27.07.2022 Seite 3 von 4
--------------------------------	-----------------	----------------------	--------------	------------------------------------

	Qualitätshandbuch	Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

13. Auswertung für interne Zwecke

Bitte teilen Sie uns noch mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind!

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung Arzt | <input type="checkbox"/> Krankenhaussozialdienst | <input type="checkbox"/> Gemeindebrief |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung Apotheke | <input type="checkbox"/> Freundes- und Fördererkreis | <input type="checkbox"/> Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Google Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Mund-zu-Mund-Propaganda | <input type="checkbox"/> Homepage |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (Name) | _____ | |

Ev. Altenheim Odenkirchen gGmbH

Schmidt-Bleibtreu-Straße 15-25

41199 Mönchengladbach

Telefon: 02166/96499-0

Fax: 02166/96499-70

Bitte reichen Sie diese Anmeldung zusammen mit dem vom derzeitig behandelnden Arzt ausgefüllten Pflegeüberleitungsbogen bei uns ein.

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Der Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert und verarbeitet werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Bewerbers

Ort und Datum

Unterschrift der vertretungsberechtigten
Person

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 4.0	Stand: 27.07.2022
				Seite 4 von 4