

	Qualitätshandbuch	Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen

gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Doppelzimmer

gewünschter Zeitpunkt des Einzugs: _____

Anmeldung erfolgt: vorsorglich dringlich

Personalien

Familienname: _____ Geburtsname: _____

Vorname/n: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Kreis: _____

Wohnsitz

Straße, Nr.: _____ Telefon: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Familienstand ledig verheiratet verwitwet geschieden

Kinder Anzahl der Kinder: _____

Konfession evangelisch katholisch sonstige _____

Staatsangehörigkeit deutsch andere _____

Krankenversicherung


Name der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Zuzahlungsbefreit? nein ja (bitte Kopie beifügen)

Beihilfeberechtigt? nein ja (bitte Kopie beifügen)

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 5.1	Stand: 25.09.2024
				Seite 1 von 4

	Qualitätshandbuch	Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

Angaben zur Pflegeversicherung

Wurde ein Pflegegrad beantragt? ja nein

Für welchen Pflegegrad liegt eine Leistungszusage vor?

1 2 3 4 5

Für welchen Bereich liegt eine Leistungszusage vor?

ambulante Pflege vollstationäre Pflege

Wurde ein Antrag auf Höherstufung gestellt? nein ja, am: _____

Angehörige

Familiennome: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

wie verwandt: _____

Familiennome: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

wie verwandt: _____

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: 5.1	Stand: 25.09.2024 Seite 2 von 4
--------------------------------	-----------------	----------------------	--------------	------------------------------------

	Qualitätshandbuch	Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

Ärztliche Versorgung

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

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

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

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) / Kriegsopferfürsorge

Werden Sie einen Antrag auf Pflegegeld (PWG) stellen?

ja nein

Bei Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe):


Der Kostenübernahmeantrag wurde von uns gestellt am: _____

Der Kostenübernahmeantrag wird von uns gestellt

Liegt eine „Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug“ vor?

ja nein ist beantragt

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 5.1	Stand: 25.09.2024 Seite 3 von 4
--------------------------------	-----------------	----------------------	--------------	------------------------------------

	Qualitätshandbuch	Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

Auswertung für interne Zwecke

Teilen Sie uns gerne 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 den weiteren Unterlagen (s. Checkliste) bei uns ein. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung.

Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserem Haus und informieren uns bei Veränderungen.

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: 5.1	Stand: 25.09.2024
				Seite 4 von 4