



**Kurhaus
Wohnresidenzen GmbH**

Kurhausstraße 27
53773 Hennef
Telefon: 0 22 42 / 88 06-0
Fax: 0 22 42 / 88 06-666
www.kurhauswohnrresidenzen.de

Eingangsvermerke der Einrichtung

Anmeldung zur:

Heimaufnahme / Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Antragstellung für:

Nachname, Vorname		Geburtsname
Straße / PLZ / Ort		
Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus/Pflegeeinrichtung)		Telefon
Straße / PLZ / Ort		
Bei Krankenhausaufenthalt Name des behandelnden Arztes		
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> seit:	Ort der Eheschließung	Konfession
Aufnahmeterrn	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	geschlossener Wohnbereich <input type="checkbox"/> Wachkoma / Beatmung <input type="checkbox"/>
Betreuer/Bevollmächtigte/Angehörige		
Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon

Krankenkasse		Telefon
Straße / PLZ / Ort		
Zuzahlungsbefreiung wenn ja, bitte Ausweis vorlegen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Versicherungs-Nr.
Pflegeeinstufung: ohne Einstufung <input type="checkbox"/> Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Pflegeeinstufung beantragt <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt <input type="checkbox"/>	
Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, wo?	
Beihilfeberechtigung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Hausarzt Name/Adresse/Tel.		
Wird die ärztliche Betreuung auch hier im Heim weiter übernommen?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Können die Heimkosten durch Rente, Miete, Vermögen, Pflegekasse, usw. gedeckt werden?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Höhe der Einkünfte:		
Sozialhilfe wird bezogen <input type="checkbox"/>	Sozialhilfe ist beantragt <input type="checkbox"/>	Pflegewohngeldanspruch <input type="checkbox"/>
Zuständiges Sozialamt:		
Ort/Datum:		
Unterschrift Antragsteller bzw. Bevollmächtigter oder Aufzunehmender:		
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.		

Bemerkungen: