



**Kurhaus
Wohnresidenzen GmbH**

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

Eingangsstempel Kurhaus Wohnresidenzen GmbH

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)									
Geburtsdatum		Geburtsort		Staatsangehörigkeit					
ledig <input type="checkbox"/>		verheiratet <input type="checkbox"/>		verwitwet <input type="checkbox"/>		geschieden <input type="checkbox"/>		Konfession	
Aufnahmeterrnin:		Zimmerwunsch: Einzelzimmer <input type="checkbox"/>		Doppelzimmer <input type="checkbox"/>					

Betreuer/Bevollmächtigte/Angehörige

Name, Vorname		Verwandschaftsverhältnis / Funktion			
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse			
Telefon privat		Telefon dienstlich		Mobiltelefon	
Name, Vorname		Verwandschaftsverhältnis / Funktion			
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse			
Telefon privat		Telefon dienstlich		Mobiltelefon	
Name, Vorname		Verwandschaftsverhältnis oder Funktion			
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse			
Telefon privat		Telefon dienstlich		Mobiltelefon	

Rechnungsempfänger bei Versand der Heimkostenrechnungen per E-Mail:

Name, Vorname		Mailadresse	
---------------	--	-------------	--

Krankenkasse		Telefon
Straße / PLZ / Ort		
Zuzahlungsbefreiung wenn ja, bitte Ausweis vorlegen		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Pflegeeinstufung Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		ohne Einstufung <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 / Telefon		
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:
<i>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.</i>		

Bemerkungen: