

Seniorenstift Dinslaken-Hiesfeld
Kurt-Schumacher-Straße 154
46539 Dinslaken
Telefon: (02064) 426-0
Telefax: (02064) 426-152
eMail: seniorenstift.dinslaken@hewag.de
Internet: <http://www.hewag.de>



Anmeldung zur Heimaufnahme

in das HEWAG Seniorenstift Dinslaken-Hiesfeld

Bitte beachten: - zusammen mit dem Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden

- alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten

1. Name: 2. Vorname:
3. Geburtsname: 4. Geburtsdatum:
5. Geburtsort: 6. Telefon-Nr.:
7. Wohnung (polizeilich gemeldet):
Str./Haus-Nr.:
PLZ/Wohnort:
8. Derzeitiger Aufenthalt:
Str./Haus-Nr.:
PLZ/Wohnort:
Bei wem?:
Telefon-Nr.:
9. Familienstand: 10. Konfession:
11. Staatsangehörigkeit:
12. Erlernter Beruf:
13. Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:
14. Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Der Nachweis ist unbedingt beizufügen!

15. Angehörige

a) Verwandtschaftsgrad:

Name:

Straße:

Tel.:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

b) Verwandtschaftsgrad:

Name:

Straße:

Tel.:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

c) Verwandtschaftsgrad:

Name:

Straße:

Tel.:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

16. Betreuung: ja nein

Name des Betreuers:

Name:

Straße:

Telefon:

Beschluss vom:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

Betreuung notwendig: ja nein

Betreuung beantragt: ja nein

17. Hausarzt:

Name:

Straße:

Telefon:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

18. Facharzt:

Name:

Straße:

Telefon:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

19. Krankenkasse:

20. Monatliches Einkommen:

- a) Art des Einkommens:
Höhe des Einkommens:
Zahlende Stelle:

- b) Art des Einkommens:
Höhe des Einkommens:
Zahlende Stelle:

- c) Art des Einkommens:
Höhe des Einkommens:
Zahlende Stelle:

21. Kostenträger:

- Die Heimkosten übernehmen:
- müssen beantragt werden:
- sind beantragt am:

22. Gewünschter Aufnahmetermin:

.....

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich.
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Aufzunehmenden Unterschrift des Betreuers