

**HEWAG** Seniorenstift Emden  
Rotdornring 1  
26725 Emden  
Telefon 04921 / 919-0  
Fax 04921 / 919-132  
E-Mail [seniorenstift.emden@hewag.de](mailto:seniorenstift.emden@hewag.de)  
Internet: <http://www.hewag.de>



*Anmeldung zur Heimaufnahme  
in das HEWAG Seniorenstift Emden*

*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

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