

Anmeldung zur

- Kurzzeit-/Verhinderungspflege oder zur vollstationären Pflege
in das

HEWAG Seniorenstift Alsbach - Hähnlein Beuneweg 2; 64665 Alsbach - Hähnlein

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: verwitwet verheiratet ledig

10. Konfession: evangelisch röm.kath. _____

11. Staatsangehörigkeit: deutsch türkisch. _____

12. Erlerner Beruf: _____

13. Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

14. Pflegegrad: 1 2 3 4 5

noch keine Einstufung

Begutachtung beantragt am _____

15. Angehörige:

a) Verwandtschaftsgrad: Sohn / Tochter _____
 Ehepartner
 Vorsorgevollmacht: ja nein

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Fax: _____

b) Verwandtschaftsgrad: Sohn / Tochter _____
 Ehepartner
 Vorsorgevollmacht: ja nein

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Fax: _____

16. Betreuung

notwendig: ja nein *wenn „ja“:*

beantragt am: _____ durch: Krankenhaus „Heim“ _____

bereits eingerichtet: ja nein

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Fax: _____

17. Hausarzt:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Fax: _____

Fachrichtung: _____

18. Facharzt:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____
 Telefon: _____ Mobil: _____
 Email: _____ Fax: _____
 Fachrichtung: _____

19. Krankenkasse: _____ KV Nr: _____

20. Monatliches Einkommen:

Rente Witwenrente Betriebsrente
 € _____ € _____ € _____
 Zahlstelle:

 Sonstiges Einkommen: _____

21. Kostenträger:

Pflegekosten werden übernommen: Selbstzahler Pflegegeld / Wohngeld
 Sozialhilfe

Ein Antrag auf Wohngeld und / oder Sozialhilfe (vom Hilfeempfänger zu beantragen)

wurde bereits gestellt am: _____ wird gestellt Antrag ist nicht erforderlich

22. Gewünschter Aufnahmetermin:

möglichst bis zum: _____ Nach Krankenhausentlassung (Termin wird mitgeteilt)
 kurzfristig noch kein Termin bekannt (vorsorgliche Anmeldung)

***Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich.
 Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.***

Ein vom Arzt aktuell ausgefüllter Fragebogen

liegt bei wird vor Aufnahme eingereicht

 Ort / Datum

 Unterschrift des Aufzunehmenden

 Unterschrift des
 Betreuers / Bevollmächtigten