

## **Anmeldung zur Heimaufnahme in das HEWAG Seniorenstift Duisburg - Rheinhausen**

**Bitte beachten:** - zusammen mit dem vom 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. Erlerner Beruf: .....

13. Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: .....

14. Pflegestufe:            1             2             3             3H

**Der Nachweis ist unbedingt beizufügen!**

**15. Angehörige:**

- a) Verwandtschaftsgrad:..... Tel.:.....  
Name:..... Vorname:.....  
Straße:..... PLZ/Wohnort:.....
- b) Verwandtschaftsgrad: ..... Tel.:.....  
Name:..... Vorname:.....  
Straße:..... PLZ/Wohnort:.....
- c) Verwandtschaftsgrad:..... Tel.:.....  
Name:..... Vorname:.....  
Straße:..... PLZ/Wohnort:.....

**16. Betreuung:**

ja ( )

nein ( )

Name des Betreuers:..... Beschluss vom:.....  
Name:..... Vorname:.....  
Straße:..... PLZ/Wohnort:.....  
Telefon:.....

Betreuung notwendig: ja ( )...nein ( )

Betreuung beantragt: ja ( )...nein ( )

**17. Hausarzt:**

Name:..... Vorname:.....  
Straße:..... PLZ/Wohnort:.....  
Tel.-Nr.:.....

**18. Facharzt:**

Name:..... Vorname:.....  
Straße:..... PLZ/Wohnort:.....  
Tel.-Nr.:.....

**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:.....

**23. 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 Aufzunehmende

.....  
Unterschrift des Betreuers