

- Altenzentrum St. Johannes**
Kirchplatz 5, 56727 Mayen
- Altenzentrum St. Wendelinus**
Zur Schweiz 20, 54516 Wittlich
- Altenzentrum Mittelmosel · St. Nikolaus**
Stiftsweg 2, 54470 Bernkastel-Kues
- Altenzentrum Mittelmosel · Kloster zur Heiligen Familie**
Mandatstraße 6, 54470 Bernkastel-Kues
- Altenzentrum Mittelmosel · St. Josef**
Moselufer 42, 54539 Ürzig



Anmeldung zur Heimaufnahme

- Vollstationäre Pflege
 Kurzzeitpflege
 Tagespflege
 Apartment

<p>Nachname _____ Geburtsname _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____ Geburtsort _____</p> <p>Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____</p>	<p>Wohnort: _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefon _____</p>
<p>Angehörige: A</p> <p>Name _____</p> <p>Straße / PLZ / Ort _____</p> <p>wie verwandt _____ Telefon _____</p>	<p>Angehörige: B</p> <p>Name _____</p> <p>Straße / PLZ / Ort _____</p> <p>wie verwandt _____ Telefon _____</p>
<p>gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter:</p> <p>Name _____</p> <p>Straße / PLZ / Ort _____</p> <p>Telefon _____</p>	<p>Wirkungskreis der Betreuung / Vollmacht</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Kopie der Bestellsurkunde / Vollmacht liegt bei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Hausarzt:</p> <p>Name _____</p> <p>Straße / PLZ / Ort _____</p> <p>Telefon _____</p>	<p>Krankenkasse / Pflegekasse:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-Nr. _____</p>

Die Heimkosten werden gezahlt:

durch die zuständige Pflegekasse:

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

die Antragstellung erfolgte am: _____

muss noch beantragt werden

durch das zuständige Sozialamt in:

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

die Antragstellung erfolgte am: _____

muss noch beantragt werden

aus eigenem Einkommen (nach heutigem Stand)

Art der Einkünfte

Zahlende Stelle

Betrag

€

€

€

€

aus eigenem Sparvermögen / Grundvermögen

Rechnungsempfänger:

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei
wird nachgereicht

Liegt Eingruppierung durch Pflegekasse vor:

ja, Pflegegrad: (1-5) _____

nein beantragt

Kopie des Bescheids liegt bei wird nachgereicht

Gewünschter Wohnraum: Einzelzimmer

Doppelzimmer

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

Nur für die Anmeldung zur Tagespflege:

Fahrdienst gewünscht: ja nein

Besuch der Tagespflege an folgenden Tagen:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten

**Diese Anmeldung ist (bis auf Widerruf) verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.**