

**St. Josef Pflege GmbH**  
**St. Thekla Haus Altenwohnheim**  
 Am Park 11 47495 Rheinberg ☎ 02843-926-0

**Anmeldung zum Einzug**

**Bewerber/ in**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname (lt. Geb.Urkunde): \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: (Wohnort) \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession (Angabe freiw.): \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthalt**

eigene Wohnung (s.o.)       Krankenhaus       sonstiger Aufenthalt

Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_ ggf. Station: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Gerichtliche Betreuung (nach § 1896 BGB)**       **Bevollmächtigung Kopie bitte beifügen!**

nicht notwendig       ist beantragt       besteht bereits       ungeklärt

Name des Betreuers / des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Wirkungskreis der Betreuung:  Aufenthaltsbestimmung       Gesundheitsfürsorge  
 Finanzielle Angelegenheiten       Vertr. b. Behörden/Ämtern

Angehörige	1	2	3
Name:			
Vorname:			
wie verwandt?:			
Straße:			
PLZ und Ort:			
Telefon:			
eMail:			

**Antragsteller**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!!**

<b>Hausarzt / -ärztin</b>	
Name: _____	
Straße: _____	
PLZ: _____	Ort: _____ Telefon: _____
<b>Kranken- Pflegekasse</b>	
Name der Kranken- Pflegekasse: _____	
Anschrift: _____	
Wurde ein Antrag auf stationäre Pflegeleistungen bei der Pflegekasse gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	
<input type="checkbox"/> Das MDK-Begutachtungsprotokoll liegt bei	<input type="checkbox"/> Das MDK-Begutachtungsprotokoll wird nachgereicht
<b>Die Heimkosten werden finanziert durch</b>	
<input type="checkbox"/> Selbstfinanzierung	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt.
<input type="checkbox"/> Renten _____	Euro
<input type="checkbox"/> Barvermögen _____	Euro
<input type="checkbox"/> Kriegsopferfürsorge	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe, der Antrag beim zuständigen Sozialamt _____	
<input type="checkbox"/> wurde bereits gestellt	<input type="checkbox"/> wird umgehend gestellt
<b>Im Falle von Sozialhilfebedürftigkeit: Bitte dieser Anmeldung eine Bestätigung über die Beantragung v. Sozialhilfe beifügen.</b>	
<b>Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?</b>	
<b>Weitere Mitteilungen und Wünsche:</b>	

Ort und Datum: _____
----------------------

Unterschrift des Heimplatzbewerbers  
der Heimplatzbewerberin \_\_\_\_\_

wenn nicht personengleich:  
Unterschrift des Antragstellers /  
der Antragstellerin \_\_\_\_\_

Bitte zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen einsenden!
---