

Anmeldung zur Heimaufnahme

Persönliche Daten des/der Aufzunehmenden

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße:		Telefon:	
E-Mail:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
ggf. Geburtsname:		Familienstand:	Konfession:
Staatsangehörigkeit:		zuletzt ausgeübter Beruf:	

Falls Sie zurzeit nicht zu Hause anzutreffen sind: Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus, Kurzzeitpflege o.ä.)

Einrichtung:		Aufnahmegrund:	Aufnahmetag:
Adresse:		Telefon:	

Gewünschte Unterkunft (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Christian - Geyer - Heim (CGH)	<input type="checkbox"/>	Pflegebereich	<input type="checkbox"/>
Hephata (Hep)	<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>
Karl-Heller-Stift (KHS) - hier nur EZ -	<input type="checkbox"/>	Beschützender Bereich (KHS, Hep)	<input type="checkbox"/>
Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer	<input type="checkbox"/>
Interesse Betreutes Wohnen im Karl-Heller-Stift (2-Zimmer-Appartement)			<input type="checkbox"/>

Gewünschter Termin

<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> vorsorglich	ab: _____
-----------------------------------	--------------------------------------	-----------

Kranken- und Pflegekasse

Krankenkasse: (Beihilfe:)		Vers. Nr.:	
Antrag wurde gestellt am:		Bescheid liegt vor: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
			<input type="checkbox"/> 5

Gesetzliche Betreuung

Ist ein/e Betreuer/in benannt? <input type="checkbox"/> Ja, seit:		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Antrag auf Betreuung ist gestellt
Name, Vorname:		Adresse:	
Tel.:		Verwandt? <input type="checkbox"/> Ja; Wie?	<input type="checkbox"/> Nein
E-Mail:			
Wirkungskreise der Betreuung: (bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht	
<input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten		<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> alle Bereiche

Angehörige

Name:	Vorname:
Anschrift:	
E-Mail:	
Verwandtschaftsverhältnis:	Telefon:
Name:	Vorname:
Anschrift:	
E-Mail:	
Verwandtschaftsverhältnis:	Telefon:
Name:	Vorname:
Anschrift:	
E-Mail:	
Verwandtschaftsverhältnis:	Telefon:

Hausärztin / Hausarzt

Name:	Adresse:	Tel.:
-------	----------	-------

Kosten

Die Finanzierung der Heimkosten erfolgt durch:		
<input type="checkbox"/> Rente/Pension; Höhe ca.:	<input type="checkbox"/> Barvermögen	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
Ein Antrag auf Zuzahlung wurde beim zuständigen Kostenträger gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, wann ?	Bei welchem Träger?	

Ein aktueller ärztlicher Fragebogen <input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--	--

Antragsteller/in

(Wenn nicht Personengleichheit mit dem/der Aufzunehmenden)

Name:	Eigenschaft:
Adresse:	Telefon:
E-Mail:	

Bemerkungen: (z.B.: Vorsorge-/Generalvollmacht, für Fr./Hr. _____)

Alle Angaben und Unterlagen werden absolut vertraulich behandelt.
Dieser Anmeldebogen gilt als Vormerkung für eine spätere Heimaufnahme. Die Aufnahme erfolgt - wenn möglich - zum gewünschten Termin, bzw. nach Reihenfolge der Anmeldeliste.
Dringende Situationen können eine Abweichung von der Reihenfolge rechtfertigen.
Sollte die Anmeldung gegenstandslos werden, benachrichtigen Sie uns bitte, damit wir Sie aus der Warteliste streichen können.

Ort, Datum

Unterschrift

Freigabe	Datum
Staudigl	09.07.2018