

# Anmeldung zur Heimaufnahme

**Bitte vollständig ausfüllen!**

Tagespflege	Gewünschter Zeitraum ab:	Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Bescheid vom:	
Familienname:		Vorname:		
Geburtsname:		Konfession:		
Straße:		Wohnort:		
Geboren am:		Geburtsort:		
Staatsangehörigkeit:				
Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus, Heim o. ä.):				
Bezugsperson (Name, Anschrift und Telefonnummer):				
<u>Gerichtlich</u> bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter (Name, Anschrift und Telefonnummer):				
Betreuer Aufgabenbereiche:				
Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/>		Aufenthaltbestimmungsrecht <input type="checkbox"/>		Vermögenssorge <input type="checkbox"/>
Postangelegenheiten <input type="checkbox"/>		Heimangelegenheiten <input type="checkbox"/>		Alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:		Versicherungsnummer:		
		Kennnummer der Versicherung: (auf der Chip-Karte)		
Pflegekasse:		Versicherungsnummer:		
Anschrift:				
Name des Hausarztes:		Rezeptgebühren befreit: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Anschrift:				

verheiratet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	Verwitwet seit:
<b>Selbstzahler</b> <input type="checkbox"/>			
<b>Sozialhilfe</b> <input type="checkbox"/>		<b>Sozialhilfe wurde beantragt am:</b>	
Besteht eine Beihilfeberechtigung?      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Wer soll die Heimkostenabrechnung erhalten?			
<input type="checkbox"/> Heimbewohner/in		<input type="checkbox"/> Angehörige / Bevollmächtigte mit folgender Anschrift:	
<p>Direkte Abrechnung des Eigenanteils über die Betreuungs- und Entlastungsleistungen von 125€ per Abtretungserklärung ( siehe Anhang ) mit der Pflegekasse erwünscht:  Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Frühstücksrechnung:      Ja <input type="checkbox"/>              Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Fahrdienst erwünscht:      Ja <input type="checkbox"/>              Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Gewünschte Betreuungstage: Montag <input type="checkbox"/>      Dienstag <input type="checkbox"/>      Mittwoch <input type="checkbox"/>      Donnerstag <input type="checkbox"/>      Freitag <input type="checkbox"/></p> <p>Neben der Tagespflege werden Sachleistungen in der häuslichen Pflege genutzt <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, welche: _____</p> <p>Rechnungsempfänger: _____</p> <p><b>Bitte geben Sie die Kostenzusage der Pflegekasse in Kopie bei uns ab!</b></p>			

Ich willige der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner o.g. personenbezogenen Daten zum Zwecke der vorvertraglichen und vertraglichen Maßnahmen durch die ‚Haus des Lebens gGmbH‘ bis auf Widerruf ein. Für Fragen oder einen Widerruf steht der Datenschutzbeauftragte Dipl.-Ing. Lars Ebertz (02778 6969 10 Mail:[info@ebertz-datenschutz.de](mailto:info@ebertz-datenschutz.de)) jederzeit zur Verfügung.

Name des Anmeldenden:

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Anmeldenden

Diese Anmeldung ist:      verbindlich               unverbindlich

Aufmerksam geworden durch:       Flyer       Website       Empfehlung

