

Anmeldung zur Heimaufnahme

Haus St. Benedikt

Alten- und Pflegeheim Recke

Am Wall 3
49509 Recke
Telefon 05453 / 22 -0
Telefax 05453 / 2 21 05

St. Josefshaus

Alten- und Pflegeheim
Betreutes Wohnen

St. Josefstraße 2
48496 Hopsten-Halverde
Telefon 05457 / 91 10
Telefax 05457 / 91 11 33
post@haus-st-benedikt.de

Stationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

von _____ bis _____

Angaben zur Person

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Hausname: _____ Konfession: _____
Geburtsname: _____ Pfarrgemeinde: _____
Wohnort: _____ Familienstand: _____
Straße: _____ Staatsangeh.: _____
Tel.: _____ Geburtsort: _____

Angehörige / Bekannte

1 (Ansprechpartner- Erste Bezugsperson)

wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil

2 (Ansprechpartner)

wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil

3 (Ansprechpartner)

wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil

Grund für die Heimaufnahme

Krankenkasse

Zuzahlungsbefreit Ja Nein

Name

Vers.Nr.

Anschrift

Hausarzt

Name

Straße

Ort

Telefon

Patiententestament

ja nein (bitte Kopie beifügen)

Gesetzl. Betreuung **(Vorsorge-)Vollmacht** (bitte Kopie beifügen)

Aufenthaltsbestimmung Unterbringungsähnliche Maßnahmen
 Vermögen Entgegennahme der Post
 Gesundheitsfürsorge _____

Name

Straße

Ort

Telefon

Name

Straße

Ort

Telefon

Pflegeversicherung:

Liegt ein Pflegegrad vor? Nein Ja (1) (2) (3) (4) (5)
 beantragt

Erhalten Sie besondere Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI? Ja Nein

Heimnotwendigkeitsbescheinigung Pflegegrad 1 u. 2 liegt vor Ja Nein beantragt

Finanzierung:

<input type="checkbox"/> Eigenes Vermögen / Einkommen	<input type="checkbox"/> Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Bankverbindung:

Bank: _____ BIC _____
Kontoinhaber: _____ IBAN _____

Bemerkungen (z.B. ist im Falle d. Kurzzeitpflege ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt? Sind freiheitsentziehende Maßnahmen zur Abwehr gesundheitlicher Eigengefährdung notwendig?)

Antragsteller/in

Name

Anschrift

Telefon

Ort/Datum

Unterschrift

Unterschrift gesetzl. Vertreter