Bitte zurücksenden an	Eingangsvermerke des Heims
Evangelische Altenhilfe Much/Seelscheid Gemeinnützige GmbH **Am Grasgarten 20** **53819 Neunkirchen-Seelscheid** Telefon: 02247 - 7010	AZ:

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten:
- Zutreffendes ankreuzen ☒
- Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden
- Alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Namen

Name	**Geburtsname**:
Vorname(n)	(Rufnamen unterstreichen)

Adressen

Hauptwohnung (polizeilich angemeldet)	Straße, Haus-Nr.:			
	PLZ:	Ort:		
	Telefon:			
Derzeitiger Aufenthalt	☐ wie oben (Hauptwohnung)	☐ Privat	☐ Altenheim ☐ Krankenhaus	Bezeichnung der Einrichtung: _____
	Straße, Haus-Nr.:			
	PLZ:	Ort:		
	Telefon Priv.:			Fax:

Persönliche Daten

Geburtsdaten	geb. am:		in:	
	Kreis:		Land/Staat:	
Familienstand	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ geschieden	☐ verwitwet seit: _____
Konfession	☐ röm. kath.	☐ evangelisch	☐ ohne	☐ _____
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch	☐ _____		
Zuletzt ausgeübter Beruf (vor Eintritt in das Rentenalter)				

Angehörige/Bezugsperson

Für weitere Angehörige gesondertes Blatt beilegen

1	**Name**		Vorname:	
	Adresse	Straße, Haus-Nr.:		
		PLZ:	Ort:	
	Telefon/E-Mail	Handy:	Dienstl.:	Priv.:
	Wie verwandt?		E-Mail:	
2	**Name**		Vorname:	
	Adresse	Straße, Haus-Nr.:		
		PLZ:	Ort:	
	Telefon/E-Mail	Handy:	Dienstl:	Priv.:
	Wie verwandt?		E-Mail:	

Bevollmächtigter / amtlich bestellter Betreuer

bitte Kopie der Bestellungsurkunde beilegen

Name		Vorname:	
Adresse	Straße, Haus-Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon/Fax	Handy:	Dienstl:	Priv.:

Hausarzt / Krankenkasse

oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.

Hausarzt		
Adresse	Straße, Haus-Nr.:	
	PLZ:	Ort:
Telefon/Fax	Tel.:	Fax:
Krankenkasse		Mitgl.Nr./Az:
Adresse	Straße, Haus-Nr.:	
	PLZ:	Ort:

Heimkosten / Pflegeversicherung

Kostenübernahme der Heimkosten	☐ Selbstzahler
	☐ Sozialamt in _____ Az.: _____ Sachbearbeiter: _____ Telefon: _____ **Hinweis: Vor der Heimaufnahme muss die Kostenzusicherung vorliegen!** **Info Pflegewohngeld / Aufwendungszuschuss für Kurzzeitpflege**
Leistungen der Pflegeversicherung	☐ bisher wurde **kein Antrag** auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt
	☐ Antrag wurde gestellt am: _____ für ☐ ambulante Pflege ☐ vollstat. Pflege
	☐ Bescheid erhalten mit **Pflegegrad** (⇨ **Bitte Kopie beilegen!)** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Gewünschte Unterbringung

Impfung	☐ Covid-Impfung erhalten	☐ 1. Impfung	☐ 2. Impfung	☐ 3. Impfung
Aufnahmetermin	☐ zum nächstmöglichen Termin	☐ ab: _____		
Dauer	☐ unbefristete Aufnahme	☐ als Urlaubsgast bis: _____		
Antragsteller	Name:			
	Straße, Haus-Nr.:		Tel.:	
	PLZ:	Ort:		
	In welcher Eigenschaft?			

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei / wird nachgereicht.

_____ **, den** _____ _____

(Ort) (Datum) (Unterschrift des Antragstellers)