

**ANMELDUNG ZUR
 HEIMAUFNAHME**
(bitte ankreuzen)

- Altenheim St. Barbara**
 Elisabethstraße 40, 47178 Duisburg
- Elisabeth Groß Haus**
 Josefstraße 15, 47178 Duisburg

Name _____ Vorname(n) _____
 (Rufname bitte unterstreichen)

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Ort _____
 (Kreis ggf. auch Land/Staat mit angeben)

Geb.-Name _____ Familienstand _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____ Beruf _____

Name Ehepartner(in) _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Name _____ Beruf _____

GEGENWÄRTIGER AUFENTHALT

1. Wohnung
 Straße _____ Wohnort _____
 bei _____ Telefon _____

2. Krankenhaus/Heim
 Name des Krankenhauses/Heimes _____ Station _____
 Straße _____ Ort _____
 Aufnahmezeitpunkt _____ Aufnahmegrund _____

KINDER Anzahl der Kinder _____ davon verstorben _____

ANSPRECHPARTNER(IN)

1. Name _____ Vorname _____
 Straße _____ Wohnort _____
 Telefon privat _____ Telefon mobil _____ Verwandte(r)/Bekannte(r) _____

2. Name _____ Vorname _____
 Straße _____ Wohnort _____
 Telefon privat _____ Telefon mobil _____ Verwandte(r)/Bekannte(r) _____

GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)

Name _____ Vorname _____
 Straße _____ Wohnort _____
 Telefon privat _____ Telefon mobil _____ Verein _____
 Wirkungskreise _____

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt
 Betreuung ist angeregt bzw. beantragt

ja
 ja

nein
 nein

INHABER(IN) VON VOLLMACHT(EN)

Name _____ Vorname _____

Wirkungskreise _____
(z. B. Gesundheit, Aufenthalt, Vermögen)Patientenverfügung vorhanden ja nein**HAUSARZT/HAUSÄRZTIN**

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

WEITER(E) BEHANDELNDE(R) ARZT(ÄRZTIN)

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

KRANKENKASSE _____ Vers.-Nr. _____

Einstufung der Pflegekasse in Pflegegrad _____

KOSTENREGELUNG BEI HEIMAUFNAHME

Heimplatzfinanzierung durch:

 monatliches Einkommen in Höhe von insgesamt _____ €

Kopien der letzten Einkommensnachweise (z. B. Renten, Werksrenten, Pensionen, Versorgungsbezüge, Mieteinnahmen, Zinseinkünfte und sonstige Einnahmen) liegen bei

 ja
 nein
 teilweise Leistungen vom Versorgungsamt Blindengeld Vermögen (Bar-/Sparvermögen, Guthaben, Eigentum usw.) Unterhaltszahlungen Leistungen der Pflegekasse/Krankenkasse (_____ €) Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in _____ beantragt._____
Datum Unterschrift/Stempel des Sozialhilfeträgers**Bankverbindung**

Institut _____

IBAN: _____ BIC _____

Beratungdurch Sozialamt Duisburg, Sachgebiet Alten- und Behindertenhilfe oder Krankenhaussozialdienst ja nein**BESONDERE WÜNSCHE** (z. B. Heimwunsch, Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren, Mitnahme von Möbeln)_____
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei / wird übersandt. Ich bin damit einverstanden, dass die Anmeldung zur Heimaufnahme und der ärztliche Fragebogen dem/den von mir gewünschten Heim/en übersandt werden._____
Ort, Datum_____
Unterschrift Heimplatzinteressent(in), Bevollmächtigte(r), gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)