



St. Raphael Seniorenzentrum gGmbH

Altenpflegeheim – Kurzzeitpflege – Tagespflege – Betreutes Wohnen

Bergstraße 8 • 49134 Wallenhorst Hollage • Telefon 05407 840 - 0 • Telefax 05407 840 - 299

Anmeldung

Gewünschter Aufenthalt:

vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege Tagespflege

Termin Zeitraum der Aufnahme _____

Name (Geburtsname) Vorname Geburtstag Geburtsort

Familienstand erlernter/ehemaliger Beruf Staatsangehörigkeit Religion

Wohnort Straße Telefon

derzeitiger Aufenthaltsort Telefon

Kirchengemeinde

Angehörige/Ansprechpartner:

1. Name Adresse Telefon Verwandtschaftsgrad

Besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz

ja nein ist beantragt

Name des Betreuers Adresse Telefon

Umfang Aufenthaltsbestimmung Wohnungsangelegenheiten
 Vermögensangelegenheiten (Wohnungskündigung/Heimplatzsuche)
 Zustimmung zu unterbringungs-
ähnlichen Maßnahmen Altersversorgung/Rechtsangelegenheiten

Besteht eine Bevollmächtigung

nein

ja

Name des Bevollmächtigten

Adresse

Telefon

Umfang

- Vermögensangelegenheiten
 Wohnungsangelegenheiten/Heimplatzsuche
 Altersvorsorgung/Rechtsangelegenheiten

Krankenversicherung bei:

Mitgliedsnummer

Pflegegrad:

Name, Anschrift des Hausarztes

Schwerbehindertenausweis

nein

ja

Ausweisnummer: _____

Arzneimittelbefreiung

nein

ja

Heimkosten werden aufgebracht

durch eigenes Einkommen (Rente, Vermögen) Höhe: _____

durch das zuständige Sozialamt

Antrag gestellt?

nein

ja

am _____

Sachbearbeiter/in _____

Diagnosen, Bemerkungen, Hinweise, besondere Wünsche,

Hiermit teilen wir Ihnen mit, dass Ihre Daten nach dem Datenschutzgesetz bei uns gespeichert, für internen und heimüblichen Schriftverkehr verwendet werden. Durch Ihre Unterschrift setzen wir Ihr Einverständnis voraus.

Ort, Datum

Unterschrift

Sie wurden durch uns aufmerksam durch:

Internet

Empfehlung

Werbung

Sonstiges _____