

Anmeldung zur Heimaufnahme	Kurzzeitpflege	0	Langzeitpflege	0
Annicidung zur Heimaumannic	Kurzzentphiege		Langzenpinege	$\overline{}$

Bitte	Bitte alle Fragen vollständig beantworten!				
1.	Name:				
2.	Vorname(n):				
3.	Geburtsname:				
4.	Geburtsdatum	:	Ort:		
	Kreis:		Land:		
5.	Familienstand	:			
6.	Konfession:				
7.	Staatsangehör	igkeit:			
8.		Straße und Hausnummer:			
	Wohnung:	PLZ, Ort:			
		Telefonnummer:			
9.	Zurzeit im Kra	nkenhaus oder Altenheim?	O Ja	O Nein	
	Name des Krankenhauses oder Heimes:				
	Anschrift des Krankenhauses oder Heimes:				
10.	Liegt eine Bet	reuung / Vollmacht vor?	O Ja	O Nein	
	Vor- und Zuname:				
	Straße, Hausnummer:				
	PLZ, Ort:				
	Telefon:				

Telefon: 0261/64 07 0 Generationenzentrum St. Josef / Seniorenheim St. Josef

Telefax: 0261/64 07 151 E-Mail: info@seniorenheim-st-josef.de Beuelsweg 10 56179 Vallendar

Generationenzentrum St. Josef / Seniorenheim St. Josef



11.	Angeh	örige: ¹	
	a)	Vor- und Zuname:	
		Straße, Hausnummer:	
		Postleitzahl, Wohnort:	
		Verwandtschaftsgrad:	
		Telefonnummer:	
	b)	Vor- und Zuname:	
		Straße, Hausnummer:	
		Postleitzahl, Wohnort:	
		Verwandtschaftsgrad:	
		Telefonnummer:	
		Telefoliilullillilei.	
	c)	Vor- und Zuname:	
		Straße, Hausnummer:	
		Postleitzahl, Wohnort:	
		Verwandtschaftsgrad:	
		_	
		Telefonnummer:	
	d)	Vor- und Zuname:	
		Straße, Hausnummer:	
		Postleitzahl, Wohnort:	
		Verwandtschaftsgrad:	
		Telefonnummer:	
		reletoimummer:	
	İ		

Telefon: 0261/64 07 0 Generationenzentrum St. Josef / Seniorenheim St. Josef

Telefax: 0261/64 07 151 E-Mail: info@seniorenheim-st-josef.de Beuelsweg 10 56179 Vallendar

Generationenzentrum St. Josef / Seniorenheim St. Josef



12.	Name und Anschrift der Krankenkas	sse:			
13.	Mitgliedsnummer der Krankenkasse	<u>:</u>	Vers. Karte liegt vor? Ja O Nein O (Bitte Karte mitbringen)		
14.	O 0 O 1 O 2 O 3 O 4 O 5	beantragt am (Bitte Bestäti Pflegegrad m	gung der Krankkasse über		
15.	Zuzahlungsbefreit: Ja O Nein O	Befreiungsauswe (Bitte Karte mitb	is liegt vor Ja O Nein O ringen)		
16.	Name des Hausarztes:				
	Anschrift / Telefon:				
	Ärztlicher Fragebogen ausgefüllt und beigefügt? Ja O Nein O				
17.	Corona-Impfung: Ja O Nein O (Bitte Impfpass mitbringen)				
18.	Gewünschte Apotheke:				
19.	<u>Vermögenssituation:</u>				
	Art des Einkommens (z.B. Ren	zahlende St	telle Betrag in Euro		
20.	Die Kosten werden aufgebracht durch: O Pflegekasse O das vorstehend aufgeführte Einkommen O Zuzahlung aus Barvermögen OAnteilig durch Sozialamt Antrag wurde zuständigen Sozialamt in gestellt. WICHTIG: Der Antrag auf Leistung beim Sozialamt ist unbedingt vor				
	Heimaufnahme zu stellen!	ing beim Sozialan	nt ist undedingt vor		
21.	Gewünschte Wohnform: O Einzelzi	mmer O Doppelz	immer		
22.	Einzugstermin bei vollstationärer Pflege:				
23.	Gewünschter Aufenthaltszeitraum bei Kurzzeitpflege vom: bis:				
24.	Rechnungsempfänger:				
25.	Datum, Unterschrift des Antragstellers:				

Telefon: 0261/64 07 0 Generationenzentrum St. Josef / Seniorenheim St. Josef

Telefax: 0261/64 07 151 Beuelsweg 10 E-Mail: info@seniorenheim-st-josef.de 56179 Vallendar