

Anzumeldende Person:

Zuname: (Familiennamen, bitte auch Geburtsnamen angeben)

Vorname(n): (Rufname bitte zuerst angeben)

Aktueller Hauptwohnsitz:

Straße und Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefon: _____

Mobil: _____

Zurzeit in welchem Krankenhaus: (Name, Anschrift des Krankenhauses)

Stammdaten:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Zuletzt ausgeübter Beruf:

Angehörige:

1.

Wie verwandt:

Vor- und Zuname:

Telefon:

Email:

Straße und Nr.:

PLZ:

Wohnort:

2.

Wie verwandt:

Vor- und Zuname:

Telefon:

Email:

Straße und Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Weitere Angehörige:

3.

Wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:	Email:
_____	_____	_____	_____
Straße und Nr.:		PLZ:	Wohnort:
_____		_____	_____

4.

Wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:	Email:
_____	_____	_____	_____
Straße und Nr.:		PLZ:	Wohnort:
_____		_____	_____

5.

Wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:	Email:
_____	_____	_____	_____
Straße und Nr.:		PLZ:	Wohnort:
_____		_____	_____

Betreuer/in:

Vor- und Zuname:	Telefon:	Email:
_____	_____	_____
Straße und Nr.:		PLZ: Wohnort:
_____		_____

Krankenkasse / Hausarzt:

Krankenkasse (und/oder sonstige Kostenträger für Arzt, usw.)

Versichertennummer: _____

Hausarzt:	Telefon:	Email:
_____	_____	_____
Straße und Nr.:		PLZ: Wohnort:
_____		_____

Pflegegrad:

Besteht ein Pflegegrad: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Beantragt

Wenn ja, es besteht ein Pflegegrad: _____

Gewünschte Unterbringung:

☐ Kurzzeitpflege (bitte Antrag stellen) ☐ Verhinderungspflege ☐ Vollstationäre Pflege
☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ Rollstuhlfahrer

Aufnahme:

Wunschtermin: _____

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

☐ Selbstzahler

☐ das zuständige Sozialamt:

Die Kostenverpflichtungserklärung ...

☐ ... folgt zeitnah.

☐ ... muss beantragt werden.

☐ ... ist beantragt am: _____

Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden:

Name und genaue Anschrift:

In welcher Eigenschaft:

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort: _____ Datum: _____

☐ Einwilligungserklärung

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Anfrage inkl. meiner darin gemachten Angaben durch das Pflegeheim „Haus Schwerte“ Dr. Kneip GmbH für die Heimanmeldung gespeichert und genutzt werden. Meine angegebenen Daten werden, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen, nach Entfall des ersichtlichen Zwecks umgehend gelöscht. Eine Nutzung zu einem anderen Zweck oder eine Datenweitergabe an Dritte findet nicht statt. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Nähere Informationen enthält die Datenschutzerklärung.

Schicken Sie die Anmeldung an: mail@dr-kneip-pflege.de