



Anmeldeformular

Sundern 14 59073 Hamm  
Tel 02381 687-0 (Fax 675 400)  
info@seniorenheim-st-stephanus.de  
Frau Dißelkötter 02381 687-924

**Anmeldung**

akut  vorsorglich

zur Heimaufnahme/ vollstationäre Pflege

zur Kurzzeitpflege von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person**

Name, Vorname (Geburtsname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Ort \_\_\_\_\_

Straße/ Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Familienstand/Konfession (freiwillige Angabe) /Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon (ggf. Mobil) \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

**Angehörige / Bezugspersonen**

Name/ Verwandtschaftsgrad/ \_\_\_\_\_

Anschrift/ Telefon \_\_\_\_\_

**Gesetzliche Vertretung**

private Vorsorgevollmacht

Name/ Funktion/ Anschrift/ Telefon

notarielle Vorsorge-/ Generalvollmacht

vom Amtsgericht eingesetzte Betreuung

Regelung muss noch getroffen werden

**Patientenverfügung**

eine gültige Patientenverfügung

liegt vor

**Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift / Tel. \_\_\_\_\_

**Ambulante Versorgung/ Sozialstation**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift / Tel. \_\_\_\_\_

**Krankenkasse / Pflegekasse**

Name/ Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

**Pflegegrad** 1  2  3  4  5  nicht vorhanden ist beantragt/ Datum: \_\_\_\_\_ ein höherer Grad ist beantragt/ Datum: \_\_\_\_\_**Schwerbehinderung**

Merkzeichen

 ja Anerkennung mit \_\_\_\_\_ %  
 G  aG  B  RF H  BI **Heimplatzfinanzierung**Pflegeversicherung 

Restfinanzierung

 Renten und sonstige Einnahmen (Beihilfe, Miete etc.) Vermögen Pflegewohngeld (bei Vermögen unter 10.000 €) Sozialamt  Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_Sitz des Sozialamtes ist  Hamm  sonst: \_\_\_\_\_

die finanziellen Angelegenheiten regelt

 der/ die Antragsteller/in selbst jemand anders (Name/ Funktion) \_\_\_\_\_

gibt es eine Bankvollmacht?

 ja, und zwar (Name/ Funktion) \_\_\_\_\_**Einkommensangaben**

monatliches Einkommen:

Vermögen Stand  
heute ca.:**Wünsche und Anregungen***für die Aufnahme ist wichtig zu wissen,  
dass* \_\_\_\_\_**Hauptansprechpartner für die Anmeldung zur Heimaufnahme ist:**

Name

Anschrift / Tel.