



Senioren-Wohnsitz und Altenpflegeheim St. Hedwig

38102 Braunschweig • Böcklerstraße 232 / Telefon 0531 - 27 32 90 • Fax 0531 - 27 32 919
eMail: info@sthedwig-braunschweig.de • www.sthedwig-braunschweig.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden. Bitte beachten: Alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis

Az.



1. Name (Familienname)

2. Geburtsname

3. Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen)

4. Derzeitige Anschrift

Hausarzt

Straße, Haus-Nr.

PLZ / Ort / Gemeinde

5. Geburtsdaten (Bei Geburtsort Kreis und ggfflls. auch Land/Staat mit angeben) **am** _____ **in** _____

6. Familienstand

7. Konfession

8. Staatsangehörigkeit

9. Angehörige

a) _____
wie verwandt ?

Postleitzahl

Wohnort / Gemeinde

b) _____
wie verwandt ?

Postleitzahl

Wohnort / Gemeinde

c) _____
wie verwandt ?

Postleitzahl

Wohnort / Gemeinde

Vor- und Zuname

Straße / Hausnummer

Telefon mit Vorwahl

Handy mit Vorwahl

Vor- und Zuname

Straße / Hausnummer

Telefon mit Vorwahl

Handy mit Vorwahl

10. Betreuung

Name / Vorname

Telefon m. Vorwahl

Wirkungskreis der Betreuung

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort / Gemeinde

11. Krankenkasse

oder sonstiger Kostenträger
für Arzt, Arznei etc.

12. Mitglieds-Nr.

der Krankenkasse o. Aktenzeichen
des Behandlungskostenträgers

13. Rezeptgebührenbefreiung ?:

14. Fahrtkostenbefreiung ?:

**15. Fand bereits eine Begutachtung
durch den medizinischen Dienst statt ?**

Wenn ja, bitte die festgelegte Pflegestufe angeben



Senioren-Wohnsitz und Altenpflegeheim St. Hedwig

38102 Braunschweig • Böcklerstraße 232 / Telefon 0531 - 27 32 90 • Fax 0531 - 27 32 919
eMail: info@sthedwig-braunschweig.de • www.sthedwig-braunschweig.de

16. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

17. Kostenträger (Zutreffende Zeile bitte ankreuzen X) Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- das oben angeführte monatliche Einkommen Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben, Bestand heute in Euro: _____)
- Zahlungen *) von _____
- das zuständige Sozialamt**) in _____

*) Die Kostenverpflichtungserklärung liegt bei folgt in den nächsten Tagen
 muß noch beantragt werden ist beantragt am _____

**) Beantwortung entfällt wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist

18. Gewünschte Unterbringung

- Einzelzimmer Doppelzimmer

19. Termin Wann wird die Aufnahme gewünscht ? _____

20. Diät notwendig ? Welche ? Warum ? _____

21. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht ?

22. Wer stellt diesen Antrag für die Aufzunehmenden ?

Name und genaue Anschrift mit Telefon _____

In welcher Eigenschaft ? _____

23. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
 Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

_____, den _____

X

 Unterschrift des Antragstellers:

X

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, dass alle Fragen vollständig beantwortet sind !