Tel.: 07624 4023
Fax: 07624 980033

E - Mail:
info@seniorenheim-himmelspforte.de

SENIORENHEIM HIMMELSPFORTE WYHLEN GMBH
GEMEINNÜTZIGE GESELLSCHAFT

Anmeldung zur Heimaufnahme

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Familienstand:	
Konfession:	
Nationalität:	
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
Pflegegrad:	o Grad 1 o Grad 2 o Grad 3 o Grad 4 o Grad 5 o beantragt o genehmigt
	Patientenverfügung vorhanden: o ja o nein
Hausarzt:	Name: Ort:
	Tel.:
1. Angehöriger:	Name: Vorname:
o Tochter	Wohnort:
o Sohn	Strasse:
sonst:	Tel: Festnetz priv: mobil:
	hat Vollmacht für: o Gesundheit o Vermögen o Aufenthalt
2. Angehöriger	Name: Vorname:
o Tochter	Wohnort:
o Sohn	Strasse:
sonst:	Tel: Festnetz privat: mobil:
	hat Vollmacht für: o Gesundheit o Vermögen o Aufenthalt
Betreuer:	Name, Adresse
(gerichtlich bestellt)	
	Wirkungskreis des Betreuers: o Gesundheit o Vermögen o Aufenthalt
Einzug gewünscht:	o ganz dringend o anrufen, wenn Zimmer frei (später) o melde mich selbst wieder
	gewünschte Unterbringung: o Einzelzimmer - Altbau o Einzelzimmer - Neubau (mit Nasszelle)
Kostenträger:	Selbstzahler: o ja o nein
	wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder wurde diese beantragt?
	wenn ja welches Sozialamt ?
Sonstiges:	
Ort & Datum:	
Unterschrift des Antragsstellers	