

DRK Landesverband Nordrhein gGmbH  
Multikulturelles Seniorenzentrum  
„Haus am Sandberg“  
Kirchstr. 28g  
47198 Duisburg

Lfd. Nr: \_\_\_\_\_

Bearbeiter: \_\_\_\_\_

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Vollstationäre Heimaufnahme   
*Einzelzimmer*

Kurzzeitpflege   
*Doppelzimmer*

Gewünschter Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Name: Vorname: _____		
Geburtsdatum: _____		
Geburtsname: _____	Geburtsort: _____	
Staatsangehörigkeit: _____	Familienstand: _____	Konfession: _____
Adresse: _____		

**Derzeitiger Aufenthalt :** \_\_\_\_\_  
*Einrichtung (Krankenhaus, Seniorenheim, etc.) Straße; Ort*

**Angehörige:** \_\_\_\_\_  
Name (Verwandtschaftsverhältnis)

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort Telefon

.....

**Angehörige:** \_\_\_\_\_  
Name (Verwandtschaftsverhältnis)

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort Telefon

**Gesetzlicher Betreuer:** \_\_\_\_\_  
(oder Inhaber von Vollmachten) **Name**

\_\_\_\_\_  
**Straße** **PLZ** **Ort** **Telefon**

**Betreuungsbereiche:** \_\_\_\_\_

**Wurde ein gesetzlicher Betreuer durch das zuständige Amtsgericht festgelegt,  
bitte den "Beschluss über die Bestellung eines Betreuers" in Kopie beifügen!**

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_  
**Name**

\_\_\_\_\_  
**Straße** **PLZ** **Ort** **Telefon**

**Übernimmt der Hausarzt die weitere Behandlung bei Heimaufnahme?**

 Ja Nein

.....

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:**  1  2  3  4  5  beantragt **am:** \_\_\_\_\_  
Bitte ankreuzen

mit eingeschränkter Alltagskompetenz

**Bestätigung der Notwendigkeit stationärer Pflege**  liegt vor  ist beantragt

**Kostenträger:** \_\_\_\_\_

**Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe benötigt?**  Ja

 Nein

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**-Unterschrift des Antragstellers-**