

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

Lfd. Nr: _____
Bearbeiter: _____

Anmeldung zur Heimaufnahme

Vollstationäre Heimaufnahme im
Doppelzimmer
Einzelzimmer

Kurzzeitpflege im Doppelzimmer

Informationsweitergabe –Eigenanteil bei KZP

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Frau Herr

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-**