



**Diakonisches Werk
Bethanien**

Seniorenzentrum / Intensivpflege Bethanien

Aufderhöher Str. 169-175

42699 Solingen

Tel. 0212/63-0420 Frau Kindel

Ira.Kindel@diakonie-bethanien.de

Fax 0212/63-0425

Tel. 0212/63-0410 Frau Tobschall

Claudia.Tobschall@diakonie-bethanien.de

Fax 0212/63-0405

Anmeldung zur Heimaufnahme

vollstationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege von _____ bis _____

1. Vor- und Zuname:

Geburtsname: _____

Straße, PLZ Ort: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Geburtsdatum: _____

Ort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Erlerner Beruf : _____

2. Pflegegrad:

_____ seit : _____

Höherstufung beantragt: nein ja, am _____

3. Angehörige /

Bezugspersonen:

a. Name _____ wie verwandt _____

Straße/PLZ/Ort _____

Tel. _____ Handy _____

E-Mail _____

b. Name _____ wie verwandt _____

Straße/PLZ/Ort _____

Tel. _____ Handy _____

E-Mail _____

4. Vollmacht/Betreuer:

private Vorsorgevollmacht

notarielle Vollmacht

vom Amtsgericht eingesetzt §§ 1896 ff. BGB

Name _____ wie verwandt _____

Straße/PLZ/Ort _____

Tel. _____ Handy _____

E-Mail _____

5. Krankenkasse:

_____ Ort _____

Versichertennummer _____

6. Hausarzt: Name _____ Tel. _____
 Straße/PLZ/Ort _____

7. Schwerbehindertenausweis: nein ja, _____ % mit Merkzeichen:
 G aG B RF H BI

8. Gewünschte Unterbringung: Haus Ahorn o. Buche Haus Eiche (Demenz)
 Einzelzimmer Zweibettzimmer
 Intensivpflege (Ahorn 3. OG, Einzelzimmer f. invasiv Beatmete)

Bemerkungen, Ergänzungen: _____

9. Monatliches Einkommen (Renten, Mieten etc. nach heutigem Stand):

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag € / Monat

10. Die ungedeckten Heimpflegekosten werden finanziert durch (bitte ausfüllen):

- Beihilfe (Beamte) _____ %
- eigenes Bar-/Sparvermögen (Bestand heute ca. _____ €)
- _____
- Pflegegeld (Vermögen ist unter 10.000 € bzw. 15.000 € bei Eheleuten)
- Sozialhilfe (Vermögen ist unter 5.000 € bzw. 10.000 € bei Eheleuten)
- Sozialhilfeantrag gestellt in _____ am _____

11. Diagnosen / Welche Hilfeleistungen sind erforderlich (bitte eintragen)?

12. Gewünschter Aufnahmeterrmin:
 (nur bei vollstationärer Pflege)

- schnellstmöglich
- vorsorglicher Antrag
- _____

Ort/Datum _____

Unterschrift Antragsteller/Bevollmächtigte(r) _____