



**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

- Beihilfe (Beamte) \_\_\_\_\_ %
- eigenes Bar-/Sparvermögen (Bestand heute ca. \_\_\_\_\_ €)
- \_\_\_\_\_
- Pflegegeld (Vermögen ist unter 10.000 € bzw. 15.000 € bei Eheleuten)
- Sozialamt in \_\_\_\_\_  
Sozialhilfeantrag gestellt 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)