 Betriebsges. Evangelisches Seniorenzentrum Reininghauserstr. 3-5 51643 Gummersbach Tel. 02261/541-6 <a href="mailto:info@ev-seniorenzentrum-gm.de">info@ev-seniorenzentrum-gm.de</a>	<b>MU 01</b> <b>Aufnahmeantrag zur Heimpflege</b>	Datum: 07.05.2018 Revision: 2.1 Seite: 1 von 3
--	--	--

Name _____	Vorname _____
Geb.-Name _____	Geb. Datum _____
Wohnort _____	Straße _____
Geburtsort _____	Staatsangehörigkeit _____
Religion _____	Telefon _____
Erlerner Beruf _____	Zul. ausgeüb. Beruf _____

Familienstand : [ ] verheiratet, [ ] verwitwet, [ ] ledig, [ ] geschieden, [ ] getrennt lebend

Name des Ehegatten (ggf. Mädchenname) _____	Verstorben am _____
--	---------------------

### Nächste Angehörige

Name _____	Vorname _____
Wohnort _____	Straße _____
Telefon _____	Verwandtschaftsgrad _____

Name _____	Vorname _____
Wohnort _____	Straße _____
Telefon _____	Verwandtschaftsgrad _____

Name _____	Vorname _____
Wohnort _____	Straße _____
Telefon _____	Verwandtschaftsgrad _____

### Kostenübernahme

#### Selbstzahler

Wird eine Pension oder Rente (auch [ ] ja  
 Lastausgleich) bezogen [ ] nein  
 Wenn ja, von welcher Stelle? \_\_\_\_\_

Rentenzeichen \_\_\_\_\_

Rentenhöhe € \_\_\_\_\_

Sonstige lfd. Einkommen € \_\_\_\_\_

Höhe der monatlichen Gesamteinkünfte € \_\_\_\_\_

Treten sonstige Personen für das [ ] ja  
 Pflegegeld voll oder teilweise ein? [ ] nein

Wenn ja, in welcher Höhe? € \_\_\_\_\_

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_


Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

(Bitte ausgefüllte und unterschriebene Kostenübernahmeerklärung beifügen).

Name	Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:
Unterschrift:	M.R.		K. Peuster

 <p>Betriebsges. Evangelisches Seniorenzentrum Reininghauserstr. 3-5 51643 Gummersbach Tel. 02261/541-6 <a href="mailto:info@ev-seniorenzentrum-gm.de">info@ev-seniorenzentrum-gm.de</a></p>	<p><b>MU 01</b> <b>Aufnahmeantrag zur Heimpflege</b></p>	<p>Datum: 07.05.2018 Revision: 2.1 Seite: 2 von 3</p>
---	--	---

Rechnung an:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**Sozialhilfeempfänger**

Welches Sozialamt ist für die  
Pflegesatzübernahme zuständig? \_\_\_\_\_  
Ist die Kostenübernahme schon beantragt?  ja  
 nein  
Wenn ja, wann wurde der Antrag gestellt? \_\_\_\_\_  
Ist ein Testament oder eine  
Patientenverfügung vorhanden  ja  
 nein  
Wenn ja, wo ist es niedergelegt? \_\_\_\_\_  
Welche Wünsche haben Sie für die Art der  
Bestattung? (Bei Feuerbestattung ist die  
erforderliche Willenserklärung beizufügen) \_\_\_\_\_  
Übernahme der Bestattungskosten durch \_\_\_\_\_


**Weitere Angaben**

Pflegestufe / Pflegegrad : \_\_\_\_\_  
Behandelnder Arzt  
(mit Anschrift) \_\_\_\_\_  
Beihilfeberechtigt?  ja  
 nein  
Pflegekasse  
(mit Anschrift) \_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Rezeptgebührenbefreiung  ja (bitte Ausweis mitbringen)  
 nein

Wer soll im Falle einer ernsthaften Erkrankung benachrichtigt werden?

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Name	Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:
Unterschrift:	M.R.		K. Peuster

 <p>Betriebsges. Evangelisches Seniorenzentrum Reininghauserstr. 3-5 51643 Gummersbach Tel. 02261/541-6 <a href="mailto:info@ev-seniorenzentrum-gm.de">info@ev-seniorenzentrum-gm.de</a></p>	<p>MU 01 Aufnahmeantrag zur Heimpflege</p>	<p>Datum: 07.05.2018 Revision: 2.1 Seite: 3 von 3</p>
---	--	---

Befanden oder befinden sie sich  ja  
schon in einem Heim oder Anstalt  nein

Wenn ja, Zeitraum (von/bis)

Name und Anschrift des Heims

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sonstige Angaben

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

.....  
Datum

.....  
Ort

.....  
Unterschrift (ggf. Vertreter)

Name	Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:
Unterschrift:	M.R.		K. Peuster