



Seniorenwerk Im Wiesengrund

Anmeldung

- Heimaufnahme Wohnen mit Service Kurzzeitpflege/
Verhinderungspflege

Seniorenpflegeheim Im Wiesengrund
Am Alten Sportplatz 1 · D-31275 Lehrte OT Ahlten
☎ 0 51 32 887 68-0 · Fax 0 51 32 887 68-29
✉ wiesengrund@seniorenwerk.de
www.seniorenwerk.de

Gewünschter Einzugstermin/Aufnahmezeitraum

Persönliche Daten

Nachname	Geburtsname
Vorname	Konfession
Geburtsdatum	Geburtsort
Familienstand	Staatsangehörigkeit

Derzeitige Wohnung (Hauptwohnsitz)

Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

Derzeitiger Aufenthalt

Privat Krankenhaus Rehabilitation Psychiatrie Pflegeheim

Name des Krankenhauses, etc.

Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

Angehörige

1	Wie verwandt?	Vollmacht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Nachname	Vorname		
	Straße, Hausnummer	Telefon		
	PLZ	Wohnort		
2	Wie verwandt?			
	Nachname	Vorname		
	Straße, Hausnummer	Telefon		
	PLZ	Wohnort		

Betreuer

ja nein

Nachname

Vorname

Wirkungskreis der Betreuung

Krankenkasse / Pflegekasse

Name der Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nummer

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Pflegegrad Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5 kein Pflegegrad

Status des Pflegegrades liegt vor beantragt Zuzahlungsbefreiung: ja nein

Hausarzt

Name des Hausarztes

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Ärztlicher Fragebogen (nur bei Heimaufnahme) liegt bei wird nachgereicht

Kostenträger

Rechnungsempfänger

Selbstzahler (Kostendeckung durch monatliches Einkommen, Barvermögen, Bankguthaben, Mieteinnahmen) und Leistungen der Pflegekasse

Sozialhilfeträger

Bezeichnung der zahlenden Stelle

Betrag (EUR)

Zuzahlungen von
(Bitte schriftliche
Erklärung beilegen!)

Nachname

Vorname

Betrag (EUR)

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Übernahme der Pflegekosten durch zuständige Pflegekasse (Antrag wurde/wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt. Werden die Kosten nicht von der Pflegekasse getragen, entrichte ich den gesamten Betrag, wie im Vertrag berechnet.)

Sonstige Angaben

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden
(wenn abweichend)

Unterschrift der Pflegedienstleitung