

HAUS WICHERN Altenhilfeeinrichtung der Diakonie im Kirchenkreis Düsseldorf-Mettmann
Dorfstr. 8-12 40882 Ratingen Fon 02102 955 0 Fax 02102 955 200 Mail info@hauswichern.de
Träger: Diakonie im Kirchenkreis Düsseldorf-Mettmann Bismarckstr. 39 40822 Mettmann

Vollstationär Kurzzeitpflege von _____ bis _____ Zimmer: _____

1. Name:	_____	2. Geburtsname:	_____
3. Vorname:	_____	4. Geburtsdatum:	_____
5. Nationalität:	_____	6. Geburtsort:	_____
7. Konfession:	_____	8. Familienstand:	_____
9. Anschrift:	_____		
	<small>Straße</small>	<small>Wohnort</small>	<small>Telefon</small>
10. derzeitiger Aufenthaltsort: (z.B. Krankenhaus)	_____		
11. Betreuung/ Bevollmächtigt.: (Nachweis bitte beifügen) Wirkungskreis der Betreuung/Vollmacht:	_____		

12. Angehörige / Ansprechpartner	<u>1.</u>	<u>2.</u>	<u>3.</u>
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
wie verwandt?	_____	_____	_____
Straße:	_____	_____	_____
Wohnort:	_____	_____	_____
Telefon:	_____	_____	_____
E-Mail Adresse:	_____	_____	_____

14. Mit wem soll der notwendige Schriftwechsel geführt werden?	_____		
	<small>Name</small>	<small>PLZ / Wohnort</small>	<small>Telefon</small>

	<small>Straße</small>	<small>PLZ / Wohnort</small>	<small>FAX / E-Mail</small>

15. Hausarzt	_____		
	<small>Name</small>	<small>PLZ / Ort</small>	<small>Telefon</small>

	<small>Straße</small>	<small>PLZ / Ort</small>	<small>FAX / E-Mail</small>

16. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei? Ja Nein, wird aber umgehend nachgereicht

17. Krankenkasse:

Name	Anschrift
Mitgliedsnummer	

18. Befreiungsausweis? Ja Nein

19. Einkommen pro Monat?

Einkommensart	Zahlende Stelle	Betrag

20. Die Heimkosten werden finanziert durch:

- Pflegewohngeld (Informationen siehe Preisliste)
- Pflegeversicherung
- Einstufung in Pflegegrad ____ ist bereits erfolgt. (Nachweis bitte beifügen)
- Restfinanzierung
 - Selbstfinanzierung durch Renten und andere Einkommen, evtl. Beihilfen
(Hinweis: KOF-Renten oder Blindengeld müssen nicht zur Deckung von Heimkosten eingesetzt werden)
 - Sozialhilfe
 - Ein Kostenübernahmeantrag wurde gestellt bei _____
 - wird umgehend gestellt

Bitte informieren Sie sich über die derzeit gültigen Heimentgelte unserer Häuser. Ein Einzug ist grundsätzlich nur mit einer Einstufung der Pflegekasse und (falls erforderlich) mit der Kostenübernahmeerklärung Ihres Sozialhilfeträgers möglich. Ausnahmen sind bei Selbstzahlern möglich.

21. Gewünschter Einzugstermin: schnellstmöglich _____ vorsorgliche
Wunschtermin Anmeldung

22. Gewünschtes Zimmer Einzelzimmer Doppelzimmer

23. Anmerkungen: _____

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

Hinweise: Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie daher in Ihrem eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.