

Anmeldung Heimaufnahme

Pflegezentrum-Bürgerheim Nördlingen, Eugene-Shoemaker-Platz 2, 86720 Nördlingen

Tel: 09081 2591-0 Fax: 09081 2591-20 E-Mail: pflegezentrum@donkliniken.de

1. Zu- und Vorname: Geburtsname:

2. Adresse: Straße: Telefon: /

PLZ: Ort:

3. Derzeitiger Aufenthalt: Telefon: /

4. Geburtsdatum: / / Geburtsort:

5. Staatsangehörigkeit: 6. Familienstand: 7. Konfession:

8. Anzahl der Kinder: 9. Beruf (zuletzt ausgeübt):

10. a) Ansprechpartner für das Seniorenheim: Zu- und Vorname:

PLZ: Ort: Straße, Hs.-Nr.:

Telefon privat: dienstlich / Handy:

E-Mail: wie verwandt?

b) oder im Verhinderungsfall: Zu- und Vorname:

PLZ: Ort: Straße, Hs.-Nr.:

Telefon privat: dienstlich / Handy:

E-Mail: wie verwandt?

11. Gerichtlich bestellter Betreuer oder sonstiger Bevollmächtigter:

Zu- und Vorname: wie verwandt?

PLZ: Ort: Straße, Hs.-Nr.:

Telefon privat: dienstlich / Handy:

E-Mail:

12. Gewünschte Unterbringung: Stationärer Aufenthalt Wohnbereich Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege Beschützende Unterbringung

Einzelzimmer Doppelzimmer Raucher/in

Aufnahmetag: / / Entlassungstag: / /

13. Hausarzt bisher: Zu- und Vorname: Telefon: /

PLZ: Ort: Straße, Hs.-Nr.:

Hausarzt künftig:

Zahnarzt bisher / künftig:

Dokumentennr.:	Dokumentenname:	Nächste Revision:	Freigabe	Freigabe	Revision	Seite
VW-FOR-107	Anmeldung zur Heimaufnahme	am: 25.05.2028	durch:HL	am: 25.05.2023	Nr.: 19.0	1/2

Anmeldung Heimaufnahme

14. Krankenkasse:

Krankenkasse: Telefon: /

PLZ: Ort: Straße, Hs.-Nr.

Wie versichert? gesetzlich familienversichert privat

Versichertennummer/Mitgliedsnummer:

Rezeptgebührenbefreiung? nein ja

Befreiungskarte in der Verwaltung abgeben!

Beihilfeberechtigt? nein ja %

15. Werden Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten?

nein ja Wenn ja, seit: / / Pflegegrad:

16. Werden Betreuungsleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten?

nein ja Wenn ja, seit: / /

17. Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe (Bezirk) bezogen oder beantragt?

nein ja

18. Bankverbindung des Heimbewohners bzw. Zahlungspflichtigen:

IBAN: BIC:

Name und Ort der Bank:

Kontoinhaber:

Bankbevollmächtigter:

19. Anzahl Wäschezeichen: 200 Wäschezeichen 100 Wäschezeichen 50 Wäschezeichen

Ort, Datum

Unterschrift
Bewohner/Betreuer
/Bevollmächtigter

Unterschrift des Anmeldenden

Vom Heim auszufüllen:

Eingangsdatum: / / Aufnahmedatum: / /

Station: Zimmer-Nr.: Deb.Nr.:

Dokumentennr.:	Dokumentenname:	Nächste Revision:	Freigabe	Freigabe	Revision	Seite
VW-FOR-107	Anmeldung zur Heimaufnahme	am: 25.05.2028	durch:HL	am: 25.05.2023	Nr.: 19.0	2/2