Anmeldung Heimaufnahme

DONAU-RIES KLINIKEN UND SENIORENHEIME
Seniorenheime

Donau-Ries Seniorenheim Rain, Vinzenz-Lachner-Str. 28-30, 86641 Rain
Tel: 09090 9595-0 Fax: 09090 9595-166 E-Mail: rain@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: .....

Anmeldung Heimaufnahme

DONAU-RIES KLINIKEN UND SENIORENHEIME
Seniorenheime

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.: .....