

# Anmeldung Heimaufnahme



Donau-Ries Seniorenheim Wemding, Häutbachgasse 2, 86650 Wemding

Tel: 09092 9677-0 Fax: 09092 9677-1640 E-Mail: wemding@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: .....

Dokumentnr.:	Dokumentname:	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

Ausdrucke unterliegen nicht dem Änderungsdienst

# 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