

# Anmeldung zur Heimaufnahme



**Altenwohnheim St. Josef-Stift**  
 Am Markt 2-4  
 48282 Emsdetten  
 Tel.: 02572 14-0  
 Fax: 02572 14-183  
 E-Mail: st.josef-stift@stiftung-st-josef.de



**Altenwohnheim Sonnenhof**  
 Karlstraße 5-11  
 48282 Emsdetten  
 Tel.: 02572 87156-0  
 Fax: 02572 87156-100  
 E-Mail: sonnenhof@stiftung-st-josef.de



**Altenwohnheim Kastanienhof**  
 Pankratiusgasse 6  
 48282 Emsdetten  
 Tel.: 02572 949-0  
 Fax: 02572 949-222  
 E-Mail: kastanienhof@stiftung-st-josef.de



**SeniorenZentrum Haus Simeon**  
 Am Knie 8  
 48282 Emsdetten  
 Tel.: 02572 94688-200  
 Fax: 02572 94688-100  
 E-Mail: haus.simeon@stiftung-st-josef.de

## Angaben zur Person

Vorname: \_\_\_\_\_  
 Nachname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsname: \_\_\_\_\_  
 Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Konfession: \_\_\_\_\_  
 Pfarrgemeinde: \_\_\_\_\_  
 Familienstand: \_\_\_\_\_  
 Staatsangeh.: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_

## Angehörige / Bekannte

<b>1</b> (Ansprechpartner - erste Bezugsperson)		
wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil
<b>2</b> (Ansprechpartner)		
wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil
<b>3</b> (Ansprechpartner)		
wie verwandt	Vorname / Name	Straße
Postleitzahl	Wohnort	Telefon / E-Mail / Mobil

## Grund für die Heimaufnahme

vorsorglich

dringend /akut

## Gewünschte Versorgungsform

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Tagespflege

Nachtpflege

## Krankenkasse

Zuzahlungsbefreit:

Ja

Nein

Name \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Gesetzl. Betreuung**

**(Vorsorge)-Vollmacht**

**Patientenverfügung**

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Pflegeversicherung:

Liegt ein Pflegegrad vor

Ja

Nein

beantragt

Pflegegrad

1  2  3  4  5

Heimnotwendigkeitsbescheinigung  
bis Pflegegrad 2 liegt vor

Ja

Nein

beantragt

## Finanzierung:

Eigenes Vermögen / Einkommen

Sozialhilfe

## Bemerkungen

## Antragsteller/in

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Unterschrift gesetzl. Vertreter \_\_\_\_\_