

Langenhecke 24 • 53902 Bad Münstereifel
Tel 02253-5426-0 • Fax 02253-5426-350

Anmeldung zum Einzug in das Seniorenhaus/ die Hausgemeinschaften

Vorsorgliche Anmeldung

Dringende Anmeldung

1. Personendaten des zukünftigen Bewohners

Name	Geburtsname
Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Telefon Nr.
PLZ Wohnort	
geboren am	in
Familienstand	Konfession
Kinder Anzahl	Staatsangehörigkeit

2. Rechnung an den Bewohner? 0 ja 0 nein Wenn nein, Rechnung an:

Name, Vorname, Titel
Straße Hausnummer
PLZ Wohnort

3. Betreuer oder Bevollmächtigter (Vollmacht oder Bestallungsurkunde als Kopie beifügen)

Name, Vorname, Titel	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Handy Nr.	E-mail
Telefon Nr.	
Fax Nr.	

4. Zahlungsmodalität

<input type="radio"/> Bankeinzug bzw. Gutschrift	<input type="radio"/> Überweisung
Konto-Nr	Inhaber
IBAN	BIC
BLZ	Bank

Vermerk des Seniorenhauses:

Einzug am _____ Zimmer _____ HG/Wohnbereich _____

Bettengeld ab _____ Bemerkungen: _____

5. Krankenkasse / Pflegekasse

Mitgliedsnummer _____

Status: Mitglied Familienversichert Rentner Privatversichert
 Selbstzahler

Name der Kasse _____

Telefon Nr. der Kasse _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Pflegegrad des zukünftigen Bewohners

Pflegegrad beantragt

Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

(Bitte den Bescheid der Pflegekasse als Kopie beifügen)

Ist der Antrag auf **stationäre** Pflegeleistung gestellt?

ja nein (Kopie bitte beifügen)

Liegt eine Inkontinenz vor? Ja Nein

Ich bin von der Zuzahlung befreit? Ja ab _____ nein

Ich bin beihilfeberechtigt (50% oder 30%)? Nein Ja, zu _____%

6. Weitere Kostenträger

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die Kosten werden aufgebracht durch:

- Einkommen
- Vermögen
- Pflegewohngeld
- Sozialhilfe

Bitte ausgefüllte Erklärung zur Finanzierung des Heimaufenthaltes beifügen.

7. Kriegsoferfürsorge

Ich erhalte Versorgungsbezüge vom Versorgungsamt

Bitte Rentenbescheid beifügen!

8. Angehörige

Bezug zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Nr. privat

Telefon Nr. mobil

Telefon Nr. dienstlich

Fax Nr.

E-mail

Bezug zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Nr. privat

Telefon Nr. mobil

Telefon Nr. dienstlich

Fax Nr.

E-mail

Bezug zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Nr. privat

Telefon Nr. mobil

Telefon Nr. dienstlich

Fax Nr.

E-mail

Bezug zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Nr. privat

Telefon Nr. mobil

Telefon Nr. dienstlich

Fax Nr.

E-mail

9. Hausarzt

Titel, Name	Telefon Nr
Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Übernimmt der Hausarzt auch weiterhin die Versorgung? Ja Nein

10. Fachärzte

Fachrichtung	Telefon Nr.
Titel, Name, Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Fachrichtung	Telefon Nr.
Titel, Name, Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Die ärztliche Bescheinigung liegt der Einrichtung bereits vor Ja Liegt bei

11. Zimmerwunsch

Zutreffendes bitte ankreuzen	
<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer

Ort , Datum	Unterschrift des Pflegebedürftigen
Ort , Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (W BVG) schriftlich ausgehändigt wurden.	
Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.	

ja, bitte senden Sie mir Informationsmaterial über die Einrichtungen der Stiftung der Cellitinnen per E-Mail zu