	<b>Anmeldung zur Heimaufnahme/Warteliste</b>	Haus Beatrix GmbH & Co. KG Pestalozzistr. 25 52511 Geilenkirchen Tel: 02451 98170 Fax: 02451 981717 <a href="mailto:verwaltung@haus-beatrix.de">verwaltung@haus-beatrix.de</a>
---	--	---

Hinweis: Dies ist eine unverbindliche Anmeldung zur Heimaufnahme. Diese Anmeldung stellt grundsätzlich keinen Anspruch auf einen Heimplatz dar! Wir freuen uns sehr, wenn Sie sich für unser Haus entscheiden. Falls aus irgendwelchen Gründen der Platz nicht mehr benötigt werden sollte, wären wir über eine kurze Information sehr dankbar.


hat noch Zeit       dringend

**Persönliche Angaben der aufzunehmenden Person**

Name:		Geburtsname:	
Vorname(n):		Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:		Religion:	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	Adresse (polizeilich gemeldet)	Straße:
	<input type="checkbox"/> verheiratet		Ort:
	<input type="checkbox"/> geschieden		PLZ:
	<input type="checkbox"/> verwitwet		
Derzeitiger Aufenthalt (nur ausfüllen, wenn Aufenthalt nicht von zuhause ist vor Einzug)	Einrichtung/Pflegeheim <input type="checkbox"/> Name/Station:	Telefon:	
	Krankenhaus <input type="checkbox"/> Name/Station:	Telefon:	

**Bezugspersonen – Kinder – sonstige Angehörige**

Name/Verwandtschaftsgrad	Anschrift:	Telefon/Handy/E-Mail	
Name:	Straße:	Handy:	
Vorname:	PLZ:	E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad/Bezug:	Ort:	Tel:	
		tagsüber <input type="checkbox"/>	abends/nachts <input type="checkbox"/>
Name:	Straße:	Handy:	
Vorname:	PLZ:	E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad/Bezug:	Ort:	Tel:	
		tagsüber <input type="checkbox"/>	abends/nachts <input type="checkbox"/>
Name:	Straße:	Handy:	
Vorname:	PLZ:	E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad/Bezug:	Ort:	Tel:	
		tagsüber <input type="checkbox"/>	abends/nachts <input type="checkbox"/>

	<b>Anmeldung zur Heimaufnahme/Warteliste</b>	Haus Beatrix GmbH & Co. KG Pestalozzistr. 25 52511 Geilenkirchen Tel: 02451 98170 Fax: 02451 981717 <a href="mailto:verwaltung@haus-beatrix.de">verwaltung@haus-beatrix.de</a>
---	--	---

**Gerichtliche Betreuung? (Beschluss vom Amtsgericht muss vorliegen bzw. Betreuerausweis)**

Name:	Straße:	Handy:
Vorname:	PLZ:	E-Mail:
Aktenzeichen:	Ort:	Tel.:
		tagsüber <input type="checkbox"/> abends/nachts <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung <input type="checkbox"/> Post		

**Bevollmächtigte/r?**


Vollmacht <input type="checkbox"/>			Generalvollmacht <input type="checkbox"/>			Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/>			
Name:			Straße:			Handy:			
Vorname:			PLZ:			E-Mail:			
Verwandtschaftsgrad/Bezug:			Ort:			Tel.:			
						tagsüber <input type="checkbox"/>		abends/nachts <input type="checkbox"/>	

**Krankenkasse**

Name:		Straße:		Telefon	
Versicherungsnummer:		PLZ:		E-Mail:	
Von der Medikamentenzuzahlung befreit:		Ort:		Telefax:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					

**Diagnosen**

Diagnosen:

	<b>Anmeldung zur Heimaufnahme/Warteliste</b>	Haus Beatrix GmbH & Co. KG Pestalozzistr. 25 52511 Geilenkirchen Tel: 02451 98170 Fax: 02451 981717 <a href="mailto:verwaltung@haus-beatrix.de">verwaltung@haus-beatrix.de</a>
---	--	---

**Angaben zu Einkommensverhältnissen**

Art des Einkommens	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte benennen):
Kosten werden vom Bezirk (Sozialhilfe) übernommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Rente/Einkommen reicht aus	
Antrag beim Sozialamt wurde bereits gestellt	Falls ja – bei welchem Sozialamt:  Straße:  PLZ  Ort:	Ansprechpartner:  Telefon:  E-Mail:  Fax:
Zuzahlung aus Barvermögen (Selbstzahler)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Bemerkungen/Ergänzungen/Wünsche/ wichtige Informationen zur aufzunehmenden Person**


**Angaben zur Antragstellung falls abweichend vom Bewohner/in**

Name des Antragsstellers: \_\_\_\_\_

Anschrift/Telefon: \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen berücksichtigt und bearbeitet werden.