

	Anmeldung zur Heimaufnahme/Warteliste	Haus Beatrix GmbH & Co. KG Pestalozzistr. 25 52511 Geilenkirchen Tel: 02451 98170 Fax: 02451 981717 verwaltung@haus-beatrix.de
---	--	---

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:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:		Religion:	
Familienstand	☐ ledig	Adresse (polizeilich gemeldet)	Straße:
	☐ verheiratet		Ort:
	☐ geschieden		PLZ:
	☐ verwitwet		
Derzeitiger Aufenthalt (nur ausfüllen, wenn Aufenthalt nicht von zuhause ist vor Einzug)	Einrichtung/Pflegeheim ☐ Name/Station:	Telefon:	
	Krankenhaus ☐ 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 ☐ abends/nachts ☐	
Name:	Straße:	Handy:	
Vorname:	PLZ:	E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad/Bezug:	Ort:	Tel:	
		tagsüber ☐ abends/nachts ☐	
Name:	Straße:	Handy:	
Vorname:	PLZ:	E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad/Bezug:	Ort:	Tel:	
		tagsüber ☐ abends/nachts ☐	

	Anmeldung zur Heimaufnahme/Warteliste	Haus Beatrix GmbH & Co. KG Pestalozzistr. 25 52511 Geilenkirchen Tel: 02451 98170 Fax: 02451 981717 verwaltung@haus-beatrix.de
---	--	---

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

Name:	Straße:	Handy:
Vorname:	PLZ:	E-Mail:
Aktenzeichen:	Ort:	Tel.:
		tagsüber ☐ abends/nachts ☐
☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Vermögensverwaltung ☐ Post		

Bevollmächtigte/r?

Vollmacht ☐		Generalvollmacht ☐	Betreuungsverfügung ☐
Name:	Straße:	Handy:	
Vorname:	PLZ:	E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad/Bezug:	Ort:	Tel.:	
		tagsüber ☐ abends/nachts ☐	

Krankenkasse

Name:	Straße:	Telefon
Versicherungsnummer:	PLZ:	E-Mail:
Von der Medikamentenzuzahlung befreit:	Ort:	Telefax:
☐ Ja ☐ Nein		
Pflegegrad: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V		

Diagnosen

Diagnosen:

	Anmeldung zur Heimaufnahme/Warteliste	Haus Beatrix GmbH & Co. KG Pestalozzistr. 25 52511 Geilenkirchen Tel: 02451 98170 Fax: 02451 981717 verwaltung@haus-beatrix.de
---	--	---

Angaben zu Einkommensverhältnissen

Art des Einkommens			☐ Rente	☐ Sonstiges (bitte benennen):
Rente	in Höhe von:	Rentennummer:		
Altersrente,		Euro		
Betriebsrente		Euro		
Erwerbsminderungsrente		Euro		
Andere:		Euro		
Kosten werden vom Bezirk (Sozialhilfe) übernommen?		☐ ja ☐ nein, Rente/Einkommen reicht aus		
Antrag beim Sozialamt wurde bereits gestellt	Falls ja – bei welchem Sozialamt:	Ansprechpartner:		
	Straße:	Telefon:		
	PLZ	E-Mail:		
	Ort:	Fax:		
Zuzahlung aus Barvermögen (Selbstzahler)?		☐ ja ☐ nein		

Bemerkungen/Ergänzungen/Wünsche/ wichtige Informationen zur aufnehmenden 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.