

Städtische Einrichtung für Altenhilfe
Marienstift Dorfen
Ruprechtsberg 18
84405 Dorfen

Anmeldung zur



Tel. 08081 / 9322-0
Fax: 08081 / 9322-65
E-Mail: info@marienstift-dorfen.de

Heimaufnahme

ab Datum/ _____

Kurzzeitpflege

von Datum _____ bis Datum _____

Name	
Vorname (n)	
Geburtsname	
Geburtsdaten (beim Geburtsort, Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)	am _____ in _____ Kreis _____ Land _____ Staat _____
Wohnanschrift (Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	Postleitzahl: _____ Wohnort/ Gemeinde: _____ Straße und Hausnummer: _____
Derzeitiger Aufenthalt (zurzeit in welchem Krankenhaus, Heim oder.....)	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Beruf	erlernter Beruf: _____ zuletzt ausgeübte Tätigkeit/Beruf: _____
Kinder (bitte Namen angeben)	_____ _____ _____
Angehörige (falls keine Angehörigen vorhanden sind bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben) a)	Familienname _____ Vorname(n) _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ wie verwandt? _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
b)	Familienname _____ Vorname(n) _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ wie verwandt? _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter (wenn ja Name und genaue Anschrift angeben und Bestallungsurkunde beifügen)	Name _____ Vorname(n): _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
Patientenverfügung Betreuungsverfügung Vollmachten	(wenn ja eintragen welche und Kopie abgeben)
Kostenträger /Krankenkasse (die Heimkosten werden aufgebracht durch)	Versicherungs- Nummer: _____

genaue Bezeichnung und Anschrift der Krankenkasse	Bezeichnung: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
Rezeptgebühren befreit	ja bis Datum: _____
Praxisgebührenbefreit bis Datum	ja bis Datum: _____
Name des Hausarztes	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
Hausarztmodell ja oder nein	
Name von Fachärzten	Name: _____ Fach: Zahnarzt Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____ Name: _____ Fach: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und _____ Hausnummer _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> mit Nasszelle <input type="checkbox"/> ohne Nasszelle Doppelzimmer <input type="checkbox"/> mit Nasszelle <input type="checkbox"/> ohne Nasszelle
Pflegestufe ja welche, seit wann oder nein	Stufe: _____ seit Datum: _____
Wer stellt den Antrag für die Aufnahme	Name: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer _____ Tel.: _____

Die Heimkosten werden aufgebracht aus: _____ eigenem Einkommen bzw. Vermögen

Falls aus dem Einkommen und Vermögen die Heimkosten nicht bestritten werden können, sollen diese übernommen werden von:

Name/Anschrift _____

Zuständiges Sozialamt _____

Sozialhilfeantrag wurde am _____ bei _____ gestellt.

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unrichtige Angaben ein Kündigungsgrund sind.

Ort _____ den _____

Unterschrift des Bewerbers oder dessen gesetzlicher Vertreter

Bitte ärztliches Zeugnis, Biografie und Kurzbeschreibung des Tagesablaufes, Geburts- oder Heiratsurkunde und Rentenbescheid vorlegen. Wenn vorhanden Genehmigung der Pflegestufe, Bestallungsurkunde des Betreuers, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Vollmachten, Schwerbehindertenausweis, und sonstige relevante Unterlagen vorlegen.

Y: Anmeldung Heimaufnahme Kurzzeitpflege