

Anmeldung zur Aufnahme

für Tönebön an der Weser

für Wohnung im Betreuten Wohnen

1. Personalien

Name, Vorname: _____
(Rufname bitte unterstreichen)

Geb.name: _____ Geb. datum: _____ Geb. ort: _____

Anschrift: _____

derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Telefonnummer: _____

Familienstand/Konfession: _____

2. Kontaktpersonen/Verwandtschaftsverhältnis

Ansprechpartner/Art der Verwandtschaft: _____

Anschrift/Tel. Nr.: _____

Kontakt Mail / Tel: _____

Weitere Kontaktperson: _____

Anschrift: _____

Email-Adresse: _____

3. Finanzen/Verwaltung

Liegen schriftliche Vollmachten für finanzielle oder sonstige Angelegenheiten vor?

ja nein Wenn ja, für welchen Bereich? _____

Bevollmächtigte Person: _____

Name/Anschrift/Tel. Nr.: _____

Liegt ein Betreuungsverhältnis nach dem Betreuungsgesetz vor? ja nein

Name/Anschrift/Tel. Nr. des Betreuers: _____

Monatliches Einkommen (neuster Stand)

Art des Einkommens	Betrag €

Sind sie von der Rezeptgebühr Telefongebühr Rundfunkgebühr **befreit?**

Wenn ja, bis wann? _____

Liegt eine Schwerbehinderung vor? ja nein

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? ja nein

Wenn ja, GdB _____%, Merkzeichen: _____ gültig bis _____

4. Kostendeckung

Die Deckung der Heimkosten ist gesichert
 durch das o.a. Einkommen
 durch Zuzahlung aus Vermögen
 nicht gesichert

Antrag auf Kostenerstattung wurde gestellt ja
 nein

Krankenkasse/Pflegekasse (Name und Anschrift):

Versicherungsverhältnis: _____

Mitgliedsnummer: _____

Pflegegrad: _____ seit wann? _____
(bitte Bescheinigung der Pflegekasse beifügen)

5. Medizinische Betreuung

Hausarzt:

Facharzt

6. Gewünschte Unterbringung (bitte ankreuzen)

	Pflegebereich Tönebön an der Weser	Wohnungen Betreutes Wohnen
EZ	★	
DZ	★	
1-Zi.-Wohnung		★
2-Zi.-Wohnung		★

Legende: ★ = in der jeweiligen Wohnform vorhanden

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen

liegt bei
 wird nachgereicht

Sie sind vollständig gegen COVID 19 geimpft?

Ja Nein

Zu wann wird die Heimaufnahme / der Einzug gewünscht?

Wer stellt den Antrag und in welcher Eigenschaft?

Wurden Sie von einem ambulanten Pflegedienst betreut? Ja Nein

Wenn ja, von welchem? _____

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (z. B. Zeitung, Mundpropaganda, Werbeflächen)

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Diese Anmeldung kann jederzeit widerrufen werden.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers: _____