	Qualitätshandbuch	Anmeldeformular Ev. Altenheim Odenkirchen gGmbH
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

## Anmeldung Ev. Altenheim Odenkirchen

gewünschte Wohnform:       Einzelzimmer       Doppelzimmer

gewünschter Zeitpunkt des Einzugs: \_\_\_\_\_

### 1. Personalien

Familienname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

### 2. Wohnsitz

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

### 3. Familienstand

ledig     verheiratet     verwitwet     geschieden

### 4. Kinder

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

### 5. Konfession

evangelisch     katholisch     sonstige \_\_\_\_\_

### 6. Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit:  deutsch     \_\_\_\_\_

### 7. Krankenkasse

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 2.1	Stand: 02.03.2017 Seite 1 von 1
--------------------------------	-----------------	----------------------	--------------	------------------------------------

### 8. Angaben zur Pflegeversicherung

- Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt?  Ja  Nein
- Liegt eine Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung vor?  Ja  Nein
- Wenn „Ja“, für welchen Pflegebereich?  ambulante Pflege  
 stationäre Pflege
- Für welchen Pflegegrad?  1  2  3  4  5

### 9. Mit wem ist Rücksprache zu führen?

Angehörige:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Name:			
Vorname:			
wie verwandt:			
Straße:			
Wohnort:			
Telefon privat:			
Telefon dienstl.:			
Mobil:			
E-Mail:			

### 10. Betreuer/in gemäß § 1896 BGB


Eine Betreuung  ist beantragt  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

(WICHTIG: Bitte die Kopie der Betreuungsurkunde beifügen!)

Aufgabenkreis der Betreuung:

Vermögenssorge  Aufenthalt  Gesundheit  sonstiges

	Qualitätshandbuch	Anmeldeformular Ev. Altenheim Odenkirchen gGmbH
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

## 11. Ärztliche Versorgung

1. Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

---

2. Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

---

3. Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Ev. Altenheim Odenkirchen gGmbH

Schmidt-Bleibtreu-Straße 15-25  
 41199 Mönchengladbach  
 Telefon: 02166/96499-0  
 Fax: 02166/96499-70

## 12. Erklärung zur Heimfinanzierung

Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens	Betrag
_____	€
_____	€
_____	€
_____	€
Vermögen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betrag: _____ €
Grundbesitz: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betrag: _____ €
Sonstiges: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betrag: _____ €


Die Heimkosten werden finanziert durch:

Selbstzahlung  Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) / Kriegsoferfürsorge

Soll ein Antrag auf Pflegewohnung gestellt werden?

Ja  Nein  Wurde gestellt

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 2.1	Stand: 02.03.2017 Seite 3 von 3
--------------------------------	-----------------	----------------------	--------------	------------------------------------

	Qualitätshandbuch	Anmeldeformular Ev. Altenheim Odenkirchen gGmbH
	Ev. Altenheim Odenkirchen	

Bei Hilfe zur Pflege:

Der Kostenübernahmeantrag wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

Der Kostenübernahmeantrag wird umgehend gestellt

Liegt die „Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug“ des Fachbereichs Altenhilfe der Stadt Mönchengladbach vor?  Ja  Nein

Ist beantragt?  Ja  Nein

### 13. Auswertung für interne Zwecke

Bitte teilen Sie uns noch mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind!

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Homepage                      | <input type="checkbox"/> Telefonbuch (Das Örtliche) | <input type="checkbox"/> Gemeindebrief           |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch (Das Telefonbuch) | <input type="checkbox"/> Mund-zu-Mund-Propaganda    | <input type="checkbox"/> Krankenhaussozialdienst |
| <input type="checkbox"/> Freundes- und Fördererkreis   | <input type="checkbox"/> Odenkirchener Nachrichten  | <input type="checkbox"/> Flyer des Hauses        |
| <input type="checkbox"/> Google Suchmaschine           |   |  |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung Arzt (Name)        | _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung Apotheke (Name)    | _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (Name)              | _____   |  |

Bitte reichen Sie diese Anmeldung zusammen mit dem vom derzeitig behandelnden Arzt ausgefüllte Pflegeüberleitungsbogen und der Erklärung zur Heimfinanzierung bei uns ein.

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt / der Ärztin ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert. Der Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Erstellung: Qualitätszirkel	Freigabe: GF	Datum: 17.10.2016	Version: 2.1	Stand: 02.03.2017 Seite 4 von 4
--------------------------------	-----------------	----------------------	--------------	------------------------------------