Alten- und Pflegeheim St. Barbara
Rosenstrasse 4
57555 Mudersbach
Tel: 02745/ 9210 0
Fax: 02745 / 9210 60

cusanus
trägergesellschaft
trier mbH

Anmeldung zur Heimaufnahme ( ) Kurzzeitpflege ( ) Tagespflege ( )

Bitte alle Fragen vollständig beantworten!

1) Name:

2) Vorname(n): (Rufnamen bitte unterstreichen)

3) Geburtsname:

4) Geburtsdatum: Ort:

Kreis: Land:

5) Familienstand:

6) Konfession:

7) Staatsangehörigkeit:

8) Wohnung (Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet): PLZ / Ort:

Kreis: Land:

Straße: Telefonnummer:

9) Zurzeit im Krankenhaus oder Altenheim?

Name des Krankenhauses oder des Heims:

Anschrift des Krankenhauses oder des Heims:

10) Angehörige:

a) Verwandtschaftsgrad Vor- und Zuname

Anschrift Telefon

b) Verwandtschaftsgrad Vor- und Zuname

Anschrift Telefon

c) Verwandtschaftsgrad Vor- und Zuname

Anschrift Telefon

d) Verwandtschaftsgrad Vor- und Zuname

Anschrift Telefon

(Falls es keine Angehörigen gibt, bitte eine andere Vertrauensperson angeben!)

11) Liegt eine Betreuung / Vollmacht vor? ☐ ja ☐ nein

(Vor- und Zuname)

(Anschrift, Telefon)

(Verwandtschaftsgrad)

Bitte Kopie der Bestellungsurkunde oder Vollmacht beilegen!

12) Name und Anschrift der Krankenkasse:

13) Mitgliedsnummer der Krankenkasse: Vers.-Karte liegt vor: ja ☐ nein ☐

14) Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 beantragt am:

Zuzahlungsbefreit: ☐ ja ☐ nein Befreiungsausweis liegt vor ja ☐ nein ☐

15) Name des Hausarztes:

Anschrift / Telefon:

16) Ärztlicher Fragebogen ausgefüllt und beigefügt ja ☐ nein ☐

17) Vermögenssituation:

Art des Einkommens (z.B. Rente)	**Zahlende Stelle**	**Betrag in Euro**

18) Die Kosten werden aufgebracht durch:

☐ Pflegekasse

☐ das vorstehend aufgeführte Einkommen

☐ Zuzahlung aus Barvermögen

☐ Anteilig durch Sozialamt Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt in gestellt.

Wichtig: Der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt vor Heimaufnahme zu stellen!

19) Anschrift Rechnungsempfänger:

20) Gewünschte Wohnform:

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

21) Einzugstermin bei vollstationärer Pflege:

22) Gewünschter Aufenthaltszeitraum bei Kurzzeitpflege: vom bis

23) Sonstiges:

Datum, Unterschrift des Antragstellers