



**Diakonisches Werk
Bethanien**

Seniorenzentrum / Intensivpflege Bethanien

Aufderhöher Str. 169-175

42699 Solingen

Tel. 0212/63-0420 Frau Kindel

Ira.Kindel@diakonie-bethanien.de

Fax 0212/63-0425

Tel. 0212/63-0410 Frau Tobschall

Claudia.Tobschall@diakonie-bethanien.de

Fax 0212/63-0405

Anmeldung zur Heimaufnahme

vollstationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege von _____ bis _____

1. Vor- und Zuname:

Geburtsname: _____

Straße, PLZ Ort: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Geburtsdatum: _____

Ort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Erlerner Beruf : _____

2. Pflegegrad:

seit : _____

Höherstufung beantragt: nein ja, am _____

3. Angehörige /

Bezugspersonen:

a. Name

wie verwandt

Straße/PLZ/Ort

Tel.

Handy

E-Mail

b. Name

wie verwandt

Straße/PLZ/Ort

Tel.

Handy

E-Mail

4. Vollmacht/Betreuer:

private Vorsorgevollmacht

notarielle Vollmacht

vom Amtsgericht eingesetzt §§ 1896 ff. BGB

Name

wie verwandt

Straße/PLZ/Ort

Tel.

Handy

E-Mail

5. Krankenkasse:

Ort

Versichertennummer

6. Hausarzt: Name _____ Tel. _____
Straße/PLZ/Ort _____

7. Schwerbehindertenausweis: nein ja, _____ % mit Merkzeichen:
 G aG B RF H BI

8. Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Zweibettzimmer
 Haus Eiche/Demenz
 Einzelzimmer Intensivpflege (Ahorn/3. OG)

Bemerkungen, Ergänzungen: _____

9. Monatliches Einkommen (Renten, Mieten etc. nach heutigem Stand):

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag € / Monat

10. Die ungedeckten Heimpflegekosten werden finanziert durch

- Beihilfe _____ % (Beamte)
- eigenes Bar-/Sparvermögen (Bestand heute ca. _____ €)
- _____
- Pflegegeld (Vermögen ist unter 10.000 € bzw. 15.000 € bei Eheleuten)
- Sozialamt in _____
Sozialhilfeantrag gestellt am _____

11. Diagnosen / Welche Hilfeleistungen sind erforderlich (bitte eintragen)?

12. Gewünschter Aufnahmetermin:
(nur bei vollstationärer Pflege)

- schnellstmöglich
- vorsorglicher Antrag
- _____

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/Bevollmächtigte(r)