

ANTRAG AUF AUFNAHME

Datum:		EZ/ DZ:	
	des Interessenten	des Ehegatten (auch wenn verstorben)	
1. Vor u. Zuname			
2. Geburtsname:			
3. Geb.-Datum:			
4. Geburtsort:			
5. Straße/Hausnummer:			
6. Wohnort:			
7. Familienstand:			
8. Staatsangehörigkeit:			
9. Konfession:			
10. Einkommen / Rentenhöhe:			
Sozialhilfe:			
Kostenübernahmeantrag Sozialamt wurde gestellt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Heimnotwendigkeit durch Kara / Konnert bestätigt (nötig bei Sozialhilfe)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Sparbücher:			
Barvermögen:			
Sonstiges Einkommen:			
Haus- und Grundbesitz:			
Ist Haus-/Grundbesitz veräußert worden?			
Ist Haus-/Grundbesitz in den letzten Jahren übertragen worden			
11. Wer führt zurzeit die erforderlichen Hilfen durch?			

12. Krankenkasse (Name / Anschrift):																				
13. Krankenversichertennummer:																				
14. Liegt eine Schwerbehinderung vor / Grad / Merkzeichen																				
15. Lebens-/Sterbeversicherung		Begünstigter:																		
16. Wer ist der behandelnde Arzt?																				
17. Erhalten Sie Beihilfe?																				
18. Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																			
19. Besteht eine Betreuung / liegt eine Vorsorgevollmacht vor?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																			
20. Liegt eine Patientenverfügung vor?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																			
21. Besteht ein Pflegegrad oder ist dieser beantragt?	<input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> beantragt																			
22. Name und Anschrift aller Kinder oder sonstiger Bezugspersonen: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%;">Name:</td> <td style="width:33%;">Anschrift:</td> <td style="width:33%;">Telefon:</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>			Name:	Anschrift:	Telefon:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Name:	Anschrift:	Telefon:																		
_____	_____	_____																		
_____	_____	_____																		
_____	_____	_____																		
_____	_____	_____																		
_____	_____	_____																		

Hiermit versichere ich, dass meine häusliche Pflege durch Angehörige, Bezugspersonen und soziale Dienste nicht mehr ausreicht und ich um Aufnahme in ein Alten-/Pflegeheim bitte und mit der Heimunterbringung ausdrücklich einverstanden bin. Diese Erklärung ist bei einer Verschlechterung meines Gesundheitszustandes (z. B. bei Verwirrheitszuständen) rechtswirksam.

Oberhausen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_