

Seniorenzentrum "Marienstift gGmbH"

Recklinghäuser Str. 30, 45739 Oer-Erkenschwick

Tel. (02368) 98 52-0

Fax. (02368) 98 52 35

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit den vom MDK vorliegenden Unterlagen zum Pflegegrad, lt. Pflege-VG, einreichen)

Name			Geburtsname		
Vorname					
Adresse	Straße/PLZ/Ort				
					
Derzeitiger Aufenthalt bei Krankenhaus oder Altenheim bitte die Adresse eintragen					
	Straße/PLZ/Ort				
					
Geburtsdatum/-ort	Datum		Ort		
Familienstand		Konfession		Pfarrer (Name)	
Staatsangehörigkeit				Pfarrgemeinde	
Beruf					
Aufenthalt vom		bis		Etage/Zimmernr.	
Ansprechpartner	a)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			
		Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			
	b)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			
		Name			
Urfaubsanschrift	Straße/PLZ/Ort				
	wie verwandt				
	Name				
Betreuung nach Betreuungsrecht beantragt ?	☐ ja	☐ nein	beim Amtsgericht		
	Aktenzeichen				

Betreuer

Name

Straße/PLZ/Ort

Wirkungskreis
der Betreuung

☐ Bestimmung des Aufenthalts ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Vermögensangelegenheiten

Hausarzt

Name

Straße/PLZ/Ort

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

nach Pflege-VG

☐ ja ☐ nein Grad: Sonstiges

Bitte unbedingt Nachweis des MDK über Pflegegrad beifügen!

welche Leistung

☐ 1. Sachleistung ☐ 2. Geldleistung ☐ 3. Kombinationsleistung

Finanzierung:

☐ Selbstzahler

Anschrift - Rechnungsempfänger

☐ Sparvermögen

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand) ?

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag €

Bitte Kopie der Rentenbescheide beifügen.

☐ Kostenträger

zuständiges Sozialamt

Der Kostenüber-
nahmeantrag ist
gestellt worden

Datum

Sozialamt

Sachbearbeiter

Gewünschter Wohnort

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

Wunschtermin von /bis

Aus welchem Grund wird jetzt der Aufenthalt in der Kurzzeitpflege gewünscht?

Wer stellt diesen Antrag und in welcher Eigenschaft?

Hinweise, Wünsche und Ergänzungen

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,

Ort

Datum



Seniorenzentrum "Marienstift gGmbH"

Recklinghäuser Str. 30, 45739 Oer-Erkenschwick

Tel.: (02368) 98 52-0 Fax: (02368) 98 52 35

info@marienstift-seniorenzentrum.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit den vom MDK vorliegenden Unterlagen zum Pflegegrad, lt. Pflege-VG, einreichen)

Name			Geburtsname		
Vorname					
Adresse	Straße/PLZ/Ort				
Derzeitiger Aufenthalt					
	Straße/PLZ/Ort				
bei Krankenhaus oder Altenheim bitte die Adresse eintragen					
Geburtsdatum/-ort	Datum		Ort		
Familienstand		Konfession		Pfarrer (Name)	
Staatsangehörigkeit				Pfarrgemeinde	
Beruf					
Anzahl der Kinder			verstorbene Kinder		
Ansprechpartner	a)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			
	b)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			
	c)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			
	d)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? ☐ ja Liegt eine Betreuungsverfügung vor? ☐ ja Liegt eine Patientenverfügung vor? ☐ ja	Liegt eine Generalvollmacht vor? ☐ ja Liegt eine amtliche Betreuung vor? ☐ ja Aktenzeichen:	Bemerkungen:
--	--	---

Betreuer (nach Betreuungsrecht) bzw. Bevollmächtigte Person	Name Straße/PLZ/Ort ☎
Wirkungskreis der Betreuung	☐ Bestimmung des Aufenthalts ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Vermögensangelegenheiten

Hausarzt	Name ☎ Straße/PLZ/Ort
-----------------	---

Krankenkasse nach Pflege-VG eingestuft?	☐ ja ☐ nein Grad: Sonstiges Bitte unbedingt Nachweis des MDK über Pflegegrad beifügen!
welche Leistung wird bezogen?	☐ 1. Sachleistung ☐ 2. Geldleistung ☐ 3. Kombinationsleistung

Finanzierung: ☐ Selbstzahler ☐ Sparvermögen	Anschrift - Rechnungsempfänger 															
☐ Kostenträger Der Kostenübernahmeantrag ist gestellt worden	Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand) ? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Art des Einkommens</th> <th style="width: 35%;">Zahlende Stelle</th> <th style="width: 30%;">Betrag EUR</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> Bitte Kopie der Rentenbescheide beifügen. zuständiges Sozialamt Datum Sozialamt Sachbearbeiter ☎	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EUR												
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EUR														

Gewünschter Wohnort ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer	Wunscheinzugstermin:
---	--

Aus welchem Grund wird jetzt der Einzug in unser Seniorenzentrum gewünscht?
Wer stellt diesen Antrag und in welcher Eigenschaft?

Datum Ort	Unterschrift des Antragstellers 	Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift künftige/r Bewohner/in
--	--	--