

Anmeldung zur Heimaufnahme

<u>Eingangsdatum:</u>

Altenzentrum
Papst-Johannes-Stift
Trautnerstr. 4
52066 Aachen
 Tel.: 0241/608390
 Fax: 0241/60839900
 Internet: www.pjs-aachen.de
 E-mail: info@pjs-aachen.de



Heimaufnahme:		ab dem			
Kurzzeitpflege:		vom		bis	
Verhinderungspflege:		vom		bis	

Antragstellerin / Antragsteller

Name :	Geburtsname :
Vorname :	Geburtsort :
Straße / Nr.:	Staatsangehörigk.:
PLZ / Ort :	Liegt eine Pflegegradbemessung durch die Pflegekasse vor ?
Geburtsdatum :	
Krankenkasse :	
Vers.-Nummer:	☐ ja Pflegegrad: _____
Beihilfeanspr. ☐ ja ☐ nein	☐ nein beantragt am: _____
Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI ☐ ja ☐ nein	Derzeitiger Aufenthaltsort:
Familienstand :	Name: _____
Religion :	Ort : _____
	(bei Altenheim seit wann: _____)

1. Angehörige(r) / Vertrauensperson :

Name :	Tochter		
Vorname :	Sohn		
Straße / Nr.:	Rechtl. Betreuer/in		
PLZ / Ort :	Bevollmächtigte (r)		
Tel. privat	Sonstige:		
Tel. dienstlich			
Mobil:			
Email:	Rechnungsempfänger		

2. Angehörige(r) / Vertrauensperson :

Name :	Tochter		
Vorname :	Sohn		
Straße / Nr.:	Rechtl. Betreuer/in		
PLZ / Ort :	Bevollmächtigte (r)		
Tel. privat	Sonstige:		
Tel. dienstlich			
Mobil:			
Email:	Rechnungsempfänger		

Hausarzt :	
Name: _____	Telefon: _____ Fax-Nr.: _____
Straße / Nr.: _____	
PLZ / Ort: _____	
Fachrichtung: _____	
Zuzahlungsbefreiung durch die Krankenkasse: ☐ ja ☐ nein	

Alle weiteren Unterlagen, die bei einer Aufnahme notwendig sind bzw. Anträge, die zu stellen sind, entnehmen Sie bitte unserer „Checkliste zur Heimaufnahme“.

Sozialdienst

VOM HEIM AUSZUFÜLLEN	
Aufnahmedatum: _____	Pflegegrad: a) vorläufiger: _____ b) vom MDK ermittelt: _____
	Selbstzahler : ☐ Sozialhilfeempfänger: ☐ Pflegegeld: ☐ LVR/Kriegsopferfürsorge ☐ Beihilfe ☐ (Anteile: _____:_____)
Zimmer-Nr.: _____	
Einzelzimmer: ☐	
Doppelzimmer: ☐	