

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 :		<input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> nein beantragt am: _____		
Vers.-Nummer:				
Beihilfeanspr.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI		Derzeitiger Aufenthaltsort:		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Familienstand :		Name:		
Religion :				
Pfarre:		Ort :		

1. Angehörige(r) / Vertrauensperson :

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

2. Angehörige(r) / Vertrauensperson :

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

Hausarzt :	
Name: _____	Telefon: _____ Fax-Nr.: _____
Straße / Nr.: _____	
PLZ / Ort: _____	
Fachrichtung: _____	
Zuzahlungsbefreiung durch die Krankenkasse: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	
Mietbeginn: _____	Pflegegrad: a) vorläufiger: _____ b) vom MDK ermittelt: _____
Aufnahmedatum: _____	
Zimmer-Nr.: _____	Selbstzahler : <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger: <input type="checkbox"/> Pflegewohngeld: <input type="checkbox"/> LVR/Kriegsopferfürsorge <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> (Anteile: _____:_____)
Einzelzimmer: <input type="checkbox"/>	
Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>	