

Aufnahmeantrag

Der Aufnahmeantrag soll außerdem gelten für das Haus / die Häuser:

ALBERT SCHMIDT HAUS ♦ Hafenstr. 118, 45356 Essen

BERTHA KRUPP HAUS ♦ Frintroper Str. 170, 45359 Essen

HAUS ST. MARIA IMMACULATA ♦ Kettelerstr. 33, 45355 Essen

HAUS ST. THOMAS ♦ Vogelheimer Str. 261-263, 45356 Essen

Persönliche Angaben

Nachname: _____
ggf. auch Geburtsname

Vorname: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden seit: _____

Anschrift:

Strasse: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Derzeitiger Aufenthalt (falls von obiger Anschrift abweichend, z.B. Krankenhaus, Heim, Verwandte etc.):

Bevollmächtigter falls vorhanden: _____
(mit schriftl. Vollmacht)

Betreuer falls vorhanden: _____
(gerichtlich bestellt)

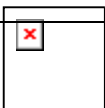
Bestellungsurkunde vom: _____ Aktenzeichen: _____ Amtsgericht in _____

Persönliche Angaben zum Ehegatten

Nachname: _____ Vorname: _____
ggf. auch Geburtsname

Geburtsdatum: _____ falls bereits verstorben, verstorben am: _____

Anschrift: (nur ausfüllen, wenn abweichend von der Anschrift des Aufzunehmenden):



Einkünfte des Aufzunehmenden (nach heutigem Stand)

1. Zahlstelle/Rententräger: _____ EUR/Monat _____
Rentennummer: _____
2. Zahlstelle/Rententräger: _____ EUR/Monat _____
Rentennummer: _____
3. Betriebsrenten: _____ EUR/Monat _____
4. Sonstige Einkünfte: _____ EUR/Monat _____
5. Zuzahlung aus Vermögen ist möglich, falls notwendig: nein ja
6. Es bestehen Ansprüche aus Beihilfe (z. B. bei Beamten): nein ja

Kranken- und Pflegeversicherung

Zuständige Kranken- und Pflegekasse: _____
Name

Anschrift

Versicherungsnummer: _____

- Leistungen für vollstationäre Pflege sind beantragt: nein ja am _____

- Anerkennung der Notwendigkeit vollstationärer Pflege durch Ihre Pflegekasse liegt bereits vor:
 nein ja (bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen)

- Folgende Pflegestufe wurde bereits bewilligt: Pflegestufe: I II III III+
(bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen)

Weitere Angaben

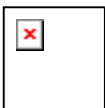
Rundfunkgebührenbefreiung liegt vor: nein ja GEZ Nr.: _____

Arzneimittelbefreiung liegt vor: nein ja

Bankverbindung

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____



Angaben über Angehörige/sonstige Vertrauenspersonen

Bitte nennen Sie unter Punkt **1.** die Person mit der vorrangig Schriftwechsel/Rücksprachen zu führen sind, dies können selbstverständlich auch Sie selber sein.

1.

Name, Vorname

Verwandschafts-, Bekanntschaftsverhältnis
(z.B. Sohn/ Tochter, Enkel, Freund/in)

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

2.

Name, Vorname

Verwandschafts-, Bekanntschaftsverhältnis
(z.B. Sohn/ Tochter, Enkel, Freund/in)

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

3.

Name, Vorname

Verwandschafts-, Bekanntschaftsverhältnis
(z.B. Sohn/ Tochter, Enkel, Freund/in)

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

Besondere Hinweise/Anmerkungen

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind verbindlich und gelten bis auf Widerruf. Der Antrag ist zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten „Ärztlichen Fragebogen“ einzureichen. Für den Fall der Heimaufnahme ist der Aufnahmeantrag Bestandteil des Heimvertrages.

Der Aufnahmeantrag ist von dem Aufzunehmenden zu unterschreiben. Soweit der Aufzunehmende aufgrund körperlicher oder geistiger Erkrankung nicht in der Lage ist, diesen Aufnahmeantrag bzw. den Heimvertrag selbst zu unterschreiben, kann dieser vom Betreuer (unter Vorlage der Bestallungsurkunde) bzw. Bevollmächtigtem (unter Vorlage der Vollmacht) unterschrieben werden. Die Vollmacht ist von einer Person der Behörde, einem Notar oder Pfarrer bestätigen zu lassen.

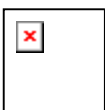
Ich nehme zur Kenntnis, dass personenbezogene Daten gespeichert werden; diese Daten unterliegen den Vorschriften der Datenschutzgesetze.

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden

Ort, Datum

Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigtem



Bitte überzeugen Sie sich vor Einreichung des Antrages, ob alle Punkte vollständig und richtig beantwortet wurden. **Wir sind Ihnen hierbei gerne behilflich.**

Sonstiges

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Kirchengemeinde Angehörige Internet _____

Ambulante Pflege: Katholische Pflegehilfe Essen mGmbH andere

