

Eingangsvermerke der Einrichtung	 <p>Tusculum Wohnresidenzen GmbH Zum Tusculum 11 53809 Ruppichterorth Telefon: 0 22 47 / 301-0 Fax: 0 22 47 / 301-666 www.tusculumwohnrresidenzen.de</p> <p>Anmeldung zur: Heimaufnahme <input type="checkbox"/> / Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/></p>
---	--

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Nachname, Vorname		
Straße / PLZ / Ort		
Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus/Pflegeeinrichtung)		Telefon
Straße / PLZ / Ort		
Bei Krankenhausaufenthalt Name des behandelnden Arztes		
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> seit:	Ort der Eheschließung	Konfession
Aufnahmeterrnin	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	geschlossener Wohnbereich <input type="checkbox"/>
Betreuer/Bevollmächtigte/Angehörige		
1) Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
2) Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
3) Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
4) Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
5) Name, Vorname		Wie verwandt oder Funktion
Straße / PLZ / Ort		Mailadresse
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon

Unterbringungsbeschluss gestellt <input type="checkbox"/>	vorhanden <input type="checkbox"/> gültig bis	Amtsgericht/Aktenzeichen
Fixierungsbeschluss gestellt <input type="checkbox"/>	vorhanden <input type="checkbox"/> gültig bis	Amtsgericht/Aktenzeichen
Krankenkasse		Telefon
Straße / PLZ / Ort		
Zuzahlungsbefreiung wenn ja, bitte Ausweis vorlegen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Versicherungs-Nr.
Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt <input type="checkbox"/>	Laut MDK liegt eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI vor <input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, wo?	
Beihilfeberechtigung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Hausarzt Name/Adresse/Tel.		
Wird die ärztliche Betreuung auch hier im Heim weiter übernommen?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Können die Heimkosten durch Rente, Miete, Vermögen, Pflegekasse, usw. gedeckt werden?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Höhe der Einkünfte:		
Sozialhilfe wird bezogen <input type="checkbox"/>	Sozialhilfe ist beantragt <input type="checkbox"/>	Pflegewohngeldanspruch <input type="checkbox"/>
Zuständiges Sozialamt:		
Ort/Datum		
Unterschrift des Antragstellers		Ggf. Unterschrift Aufzunehmender bzw. Bevollmächtigter

Bemerkungen: