

# ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME



**Haus Friederike**  
**Wohnen und Pflege**

- vollstationär     Kurzzeitpflege     vorsorgliche Anmeldung  
 baldmöglichst     Wäschekennzeichnung    (bitte gleich weiter bei Name)

Stettiner Straße 8  
71254 Ditzingen  
Telefon (0 71 56) 9 37 11-0  
Telefax (0 71 56) 9 37 11-20  
e-mail info@haus-friederike.de

ab: \_\_\_\_\_

**Träger**  
Philadelphia-Verein e.V.  
Heinrich-Längerer-Straße 27  
71229 Leonberg  
Telefon (0 71 52) 9 39 52-0  
Telefax (0 71 52) 9 39 52-99  
e-mail info@ph-v.de

genehmigt/ HL \_\_\_\_\_ Dat. \_\_\_\_\_ Hz.

genehmigt/ PDL \_\_\_\_\_ Dat. \_\_\_\_\_ Hz.

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **Fam.-Stand** \_\_\_\_\_ **seit** \_\_\_\_\_  
**Geburtsname** \_\_\_\_\_ **Geburtsort** \_\_\_\_\_  
**Konfession** \_\_\_\_\_ **Staatsangehörigkeit** \_\_\_\_\_ **evtl. früher** \_\_\_\_\_  
**derzeitige Anschrift** \_\_\_\_\_  
**Hauptwohnsitz (pol. angemeldet)** \_\_\_\_\_

**Name des Ehegatten** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_  
**Straße** \_\_\_\_\_ **Ort** \_\_\_\_\_  
**Konfession** \_\_\_\_\_ **Beruf** \_\_\_\_\_  
**Eheschließung am** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ **Mitgliedsnummer** \_\_\_\_\_  
**Anschrift** \_\_\_\_\_  
**Name des Versicherten** \_\_\_\_\_ **wer bezahlt die Beiträge** \_\_\_\_\_  
**Testament vorhanden** \_\_\_\_\_ **wenn ja, wo hinterlegt** \_\_\_\_\_  
**Wer ist berechtigt, gegebenenfalls den Nachlass zu verwalten** \_\_\_\_\_

**evtl. Ersatzperson** \_\_\_\_\_

Liegt eine Einstufung der **Pflegekasse** vor     nein     ja, Stufe     ist beantragt  
Können die **Heimkosten** selbst aufgebracht werden     ja     nur teilweise  
Wurde **Sozialhilfeantrag** gestellt     nein     ja, wo  
**Wer stellt diesen Antrag** \_\_\_\_\_ **in welcher Eigenschaft** \_\_\_\_\_

**Die Rückseite bitte auch vollständig ausfüllen - Danke !**

ANLAGE

**Arztbericht** (ist bei einer vorsorglichen Anmeldung nicht erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# ANGABEN ZUR PERSON



## Bewohner

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

## Angehörige und Kontaktpersonen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

## Betreuer/Bevollmächtigter

Wirkungskreis \_\_\_\_\_ Gerichtliche Anordnung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Rezept-/Fahrtkostenbefreiung**       ja       nein

## Behandelnde Ärzte

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Hilfsmittel

Brille/Kontaktlinsen \_\_\_\_\_ Hörgerät \_\_\_\_\_ Zahnprothesen \_\_\_\_\_

Arm/Beinprothesen \_\_\_\_\_ Gehhilfen \_\_\_\_\_ Rollstuhl \_\_\_\_\_

Herzschrillmacher \_\_\_\_\_ Antidekubitusmatraze \_\_\_\_\_

## Bestattungswünsche

## Bemerkungen/besondere Wünsche