

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.
Hirschlander Str. 14
71254 Ditzingen
Telefon (0 71 56) 17938-10
Telefax (0 71 56) 17938-11
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	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Stufe	<input type="checkbox"/> ist beantragt
Können die Heimkosten selbst aufgebracht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nur teilweise	
Wurde Sozialhilfeantrag gestellt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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