

# 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.

<b>Name</b>	Vorname	
Geburtsdatum	Fam.-Stand	seit
Geburtsname	Geburtsort	
Konfession	Staatsangehörigkeit	evtl. früher
derzeitige Anschrift		
Hauptwohnsitz (pol. angemeldet)		

<b>Name des Ehegatten</b>	Geburtsdatum	in
Straße	Ort	
Konfession	Beruf	
Eheschließung am	in	

<b>Krankenkasse</b>	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 <b>Pflegekasse</b> vor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Stufe	<input type="checkbox"/> ist beantragt
Können die <b>Heimkosten</b> selbst aufgebracht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nur teilweise	
Wurde <b>Sozialhilfeantrag</b> 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