

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

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

ab: _____

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, PG: ____	<input type="checkbox"/> ist beantragt
Können die Heimkosten selbst aufgebracht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nur teilweise	
Wurde ein 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/Vorsorgevollmacht

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