

Angaben zum Einzug in ein Seniorenheim

Bürgerspital z. Hl. Geist
Seniorenberatung
Sammelstraße 2-4

97070 Würzburg

Die Angaben werden ausschließlich für die
Heimaufnahme und die spätere Pflege,
Betreuung und Versorgung erhoben.
Sie werden **streng vertraulich** behandelt.

1. Antragsteller:

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Geb.Datum _____ Geb.Ort _____

Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____ Telefon _____

Familienstand: led./ verh./ verw./ gesch. ehemaliger Beruf _____

2. Anschrift:

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Vorrang als Patient der Bürgerspital Reha-Klinik ja

3. Ehegatte:

Geburtsname _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ Geb. Ort _____ ehem. Beruf _____

Konf. _____ Staatsangehörigkeit _____ (falls verw.: Sterbedatum) _____

4. Betreuung: nein beantragt ja* *) Bitte Kopie des Beschlusses beifügen

5. Anschrift der nächsten Verwandten / Angehörigen, des Betreuers:

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Tel. _____

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Tel. _____

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Tel. _____

Name _____

Vorname _____

6. Monatliches Einkommen/ Vermögen zur Deckung der Kosten (freiwillige Angaben):

Art des Eink.: _____ Betrag: _____ Euro

Art des Eink.: _____ Betrag: _____ Euro

Sparvermögen* bzw. Haus-, Grundbesitz vorhanden? ja nein

*) Sparvermögen ist nur dann relevant, wenn die anfallenden Heimkosten nicht durch das monatliche Einkommen und die Leistungen aus der Pflegeversicherung gedeckt sind.

beihilfeberechtigt: ja nein wenn ja: zahl. Stelle: _____

7. Krankenkasse/ Pflegekasse: _____

Anschrift: _____

Zusatzkasse: _____

8. Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad* _____ (*bitte Kopie des Bescheids beifügen) nicht pflegebedürftig

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt: ja noch kein Bescheid nein

9. Hausarzt (mit der Bereitschaft, die medizinische Versorgung in der Einrichtung zu übernehmen!):

Name _____ Vorname _____ Tel. _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

10. Gewünschte Wohnform und Einrichtung:

Altenheim-Wohnbereich
(Anmeldung nur **max. 2 Jahre** gültig und erlischt nach diesem Zeitpunkt.)

Eehaltenhaus

Stationäre Pflege

Hueberspflege
Kapuzinerstr. 4, 97070 Wü.

St. Maria
Dürerstraße 12, 97072 Wü.

Eehaltenhaus/ St. Nikolaus
Virchowstraße 28, 97072 Wü.

11. Einzug: sofort bald zzt. Krankenhaus / Reha / Kurzzeitpflege bis ca. _____

12. Bemerkungen: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass die zuständigen Mitarbeiter in der Stiftungsverwaltung und der unter Nr. 10 angekreuzten Einrichtung für die Aufnahme und die Betreuung, Versorgung und Pflege in der Einrichtung von allen notwendigen Unterlagen Kenntnis erhalten. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte diesen Mitarbeitern gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

wie unter 1. angeführt bzw. gesetzlicher Vertreter