

Anmeldung:

Name:	
(Geburtsname):	
Vorname:	
Kurzzeitpflege	Ab:
Option zur Langzeitpflege	Ja: nein:
Langzeitpflege	Ab:



An das
Seniorenzentrum Albstadt
Adlerstraße 6

72461 Albstadt-Tailfingen

Angemeldeter Hauptwohnsitz:
Strasse:
PLZ:
Wohnort:

Derzeitiger Aufenthalt:	(z.B. in welchem Krankenhaus/Einrichtung/etc.)

geboren am:		Konfession:	
in:		Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:			

Ehegatte:		Telefon:	
Name:		Vorname:	

Kranken-/Pflegekasse:		Rezeptgeb.befreiung:	
Beihilfe o.a. Kasse:			
Pflegegrad:		Seit wann:	
		Bzw. beantragt wann:	
Schwerbeh.ausw. vorh.:		Grad der SBH:	

Kinder, weitere Angehörige (Verwandtschaftsgrad)				
Name, Vorname:	Strasse:	PLZ:	Wohnort:	Tel. (priv./gesch.)

Gesetzl. Bestimmter Betreuer, bzw. Bevollmächtigter, durch beizulegende Kopie zu bestätigen:				
Name, Vorname:	Strasse:	PLZ:	Wohnort:	Tel. (priv./gesch.)
	e-mail:			

Hausarzt:				
Name, Vorname:	Strasse:	PLZ:	Wohnort:	Tel. (priv./gesch.)
Zahnarzt:				

WICHTIG: Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei ja: / folgt:

Anmeldung:

Name:	
Vorname:	

Fremde Hilfe erforderlich bei/beim:				
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Zerkleinern der Speisen	<input type="checkbox"/> Essen reichen
<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Hinlegen	<input type="checkbox"/> Gehen		
<input type="checkbox"/> Verrichten der Notdurft	<input type="checkbox"/> Inkontinent	<input type="checkbox"/> Urin-Inkont.	Stuhl-Inkont.	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:				

Die Finanzierung des Heimentgelt -Eigenanteils stelle ich selbst sicher:			<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Monatliches Einkommen Zahlende Stelle (RentenV. etc.):	Art.	Betrag in Euro:	Anmerkungen
Rechnungsempfänger: Name, Adresse:			
Der Eigenanteil wird durch obige monatl. Einkommen beglichen:			<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn nicht reichend, zusätzl. durch:			
Zuzahlung aus vorhand. Barvermögen:			
Leistungen des Sozialamtes in:			Antrag ist gestellt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Nachweis zur Eigenanteil- Finanzierung:			Sind vorlegbar: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Ich erkläre gegenüber der Stiftung Augustenhilfe Albstadt, dass bei einem Heimeinzug die Kosten gedeckt sind und dass bei nicht ausreichenden Einnahmen und/oder nicht ausreichendem Vermögen der Sozialhilfeantrag gestellt ist oder gestellt wird sowie dass dem Sozialamt alle von dort angeforderten Unterlagen zur Prüfung abgegeben werden.			Unterschrift Antragsteller: x
Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzi.	Sonstiges:
Im Falle einer Heimaufnahme bitte ich um Unterlagen-Vorbereitung zum Lastschriftzug:			
IBAN:			
Name der Bank:			
Die Heimaufnahme kann erst nach vollständiger Klärung der Angaben zur Kostenübernahme und nach Prüfung des ärztlichen Fragebogens angeboten werden. Eine Kostenverpflichtung entsteht erst ab Ihrer Annahme eines Ihnen angebotenen Pflegeplatzes. Meine zur Heimaufnahme-Prüfung erforderlichen Angaben entsprechen den Tatsachen. Die oben genannten Regelungen zur Heimkostendeckung bestätige ich.			
x		x	
Ort, Datum		Unterschrift Aufnahme-Antragsteller/in	

Für unsere diakonische Einrichtung gilt das Datenschutzgesetz der Evang. Kirche Deutschland. Informationen zur Datenverarbeitung und Schweigepflicht mit Angaben zur Verarbeitung personenbezogener Bewohner-Daten sowie zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw. sind am Empfang/Zentrale ausgehängt. Wenn Sie die Aushändigung einer Kopie wünschen, wenden Sie sich bitte an Empfang/Zentrale. Heimverträge werden mit einer ausführlichen Anlage zum Datenschutz abgeschlossen. Ich erkläre mein Einverständnis zur erforderlichen Datenverarbeitung der oben genannten Daten zur Anmeldung für eine Heimaufnahme:	
x	
x	
Ort, Datum	
Unterschrift Aufnahme-Antragsteller/in	