

# Anmeldeformular Heimaufnahme



KlaraStift

Klarastift Service GmbH –stationäre Pflege und Betreuung  
 Andreas-Hofer-Str.70  
 48145 Münster, Tel.: 0251/ 9371-0

Bearbeitungsvermerk:

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

<b>1. Familienname</b> (und Geburtsname)	
<b>2. Vorname(n)</b>	
<b>3. Geburtsdaten</b>	Datum: _____ Ort/ Kreis: _____ Land: _____
<b>4. Hauptwohnsitz</b> (polizeilich gemeldet)	Straße, Nr.: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ Telefon: _____
<b>5. Derzeitiger Aufenthalt</b> bei wem, in welchem Krankenhaus.	bei/ im: Adresse/ Tel.:
<b>6. Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
<b>7. Konfession</b>	<input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> keine
<b>8. Staatsangehörigkeit</b>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> .....
<b>9. Letzte Eheschließung</b>	am: _____ in: _____
<b>10. Beruf</b>	
<b>11. Beruf des Ehepartners</b>	
<b>12. Anzahl der Kinder</b>	Lebende: _____ Verstorbene: _____
<b>13. Nächste Angehörige - Sonstige Vertrauenspersonen</b>	
a) Verwandtschaftsverhältnis: .....	Name: ..... Anschrift: ..... Telefon: .....
b) Verwandtschaftsverhältnis: .....	Name: ..... Anschrift: ..... Telefon: .....
<b>14. Betreuer</b> (bitte Kopie der Bestellung beifügen)	Name: ..... Anschrift: ..... Telefon: .....
<b>15. Bevollmächtigter</b> (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)	Name: ..... Anschrift: ..... Telefon: .....



<b>16. Hausarzt</b>	Name: ..... Anschrift: ..... Telefon: .....
<b>17. Krankenkasse</b> (oder sonst. Kostenträger für Arzt/ Arznei usw.)	
<b>Mitglieds-Nr.</b> (Aktenzeichen)	
<b>18. Pflegekasse</b> (Mitgl.-Nr.)	
<b>19. Werden derzeit Pflegeleistungen</b> von einem Kostenträger gewährt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pflegekasse/ Krankenkasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> .....
<b>20. Hat eine Begutachtung der Pflegebedürftigkeit</b> bereits stattgefunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja durch wen?..... Ergebnis: .....
<b>21. Träger der Heimkosten</b> Die Heimkosten werden aufgebracht durch:	<input type="checkbox"/> monatliches Einkommen : Renten, Pension und sonstige regelmäßige Einkünfte (siehe unter 22) <input type="checkbox"/> Barvermögen: Sparbuch, Bankguthaben Bestand heute:..... <input type="checkbox"/> Pflegekasse (beantragt am.....) <input type="checkbox"/> Sozialamt (beantragt am .....) <input type="checkbox"/> Beihilfestelle (beantragt am ..... )
<b>22. Monatliches Einkommen:</b> Art des Einkommens: a)..... b)..... c).....	Zahlende Stelle:                      Betrag: a)..... b)..... c).....
<b>23. Bescheinigung über Heimpflegebedürftigkeit wurde</b> ausgestellt:	von:.....am:..... <input type="checkbox"/> Kopie liegt dieser Anmeldung bei <input type="checkbox"/> Kopie wird nachgereicht
<b>24. Der vom (Haus-) Arzt ausgefüllte Fragebogen</b>	<input type="checkbox"/> liegt dieser Anmeldung bei <input type="checkbox"/> wird vor der Aufnahme nachgereicht
<b>25. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, besondere Wünsche</b>	

**Wichtige Hinweise:** Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Die Anmeldung erlischt, wenn sie nicht nach jeweils 6 Monaten durch den/die AntragstellerIn bestätigt wird.

Gemäß §4 und §5 Datenschutzgesetz NW weise ich Sie darauf hin, dass die von Ihnen erfragten Angaben nur zur sachgerechten Bearbeitung Ihrer Anmeldung und des zukünftigen Heimvertrages verwendet werden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des/ der Aufzunehmenden \_\_\_\_\_

ggf. Unterschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

Dokumenten-ID	Datum	Revision	Seite
1119	09.12.2019	003/12.2019	2 von 2