

## Anmeldung für die Aufnahme zur vollstationären Pflege

### **Marienhaus gem. GmbH**

Katholische Altenwohn- und Pflegeeinrichtung  
 Ottilienstr. 9  
 45127 Essen

Die Anmeldung ist unverbindlich und kostenlos. Es entstehen keinerlei Verpflichtungen für die angemeldete Person und die Marienhaus gem. GmbH.

<b>1. Aufzunehmende Person</b>	
Name: _____	Geburtsname: _____
Vorname: _____	
Straße: _____	PLZ/Wohnort: _____
Telefon: _____	
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Beruf: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Konfession: <input type="checkbox"/> röm-kath. <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> moslemisch <input type="checkbox"/> ohne	
Derzeitiger Aufenthalt _____ (Falls abweichend von Adresse)	

<b>2. Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme</b>
<input type="checkbox"/> sofort bei Freiwerden eines Zimmers oder Platzes (bitte aktuellen ärztlichen Fragebogen einreichen)
<input type="checkbox"/> ab _____
<input type="checkbox"/> vorsorgliche Anmeldung
<b>Aus welchen Gründen wird die Aufnahme gewünscht?</b>
_____
_____

**5.1.01.1 Anmeldung für die Aufnahme zur vollstationären Pflege**

**3. Gesetzlicher Vertreter**

(bitte mit Kopie der Vorsorgevollmacht / amtlichen Bestellsurkunde / notariellen Vereinbarung)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**Wirkungskreis:**

Betreuung gültig bis: \_\_\_\_\_

Gesundheitssorge

Vermögensangelegenheiten

Aufenthalt/ Wohnungsangelegenheiten

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Behörden

Post

**4. Ehepartner/Kinder**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bezug: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bezug: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**5. Andere Angehörige/Bekannte**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bezug: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**5.1.01.1 Anmeldung für die Aufnahme zur vollstationären Pflege**

**6. Ärzte**

**6.1 Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

**6.2 Fachärzte**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

**7. Krankenkasse/Pflegekasse**

Name: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

Pflegegrad:  1

2

3

4

5

seit: \_\_\_\_\_

Höherstufungsantrag gestellt am: \_\_\_\_\_

**8. Finanzen**

**8.1 Einkommen**

Art des Einkommens: \_\_\_\_\_

Betrag: \_\_\_\_\_

**8.2 Sonstiges Vermögen**

(Haus- und Grundbesitz, Sparvermögen, Wertpapiere, etc.)

\_\_\_\_\_

**5.1.01.1 Anmeldung für die Aufnahme zur vollstationären Pflege**

**8.3 Die Kosten werden bezahlt**

- aus dem monatlichen Einkommen
- Zuzahlungen aus Barvermögen
- durch das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**9. Patientenverfügung**

Wurde eine Patientenverfügung erstellt?

- ja       nein

**10. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Aufzunehmenden)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

Da wir unsere Warteliste immer auf einem aktuellen Stand halten möchten, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen:

**Bitte teilen Sie uns jährlich mit, ob der Antrag weiterhin bestehen bleiben soll.**

Sollte der Bedarf nach einem vollstationären Platz nicht mehr bestehen, bitten wir Sie im Interesse anderer Bewerber um Mitteilung.

Vielen Dank!

Freigabe	BearbeiterIn	Änderungsstand	Datum	Seite
Volmer	Schulz/Reinmuth	9	28.08.2020	4/4