



# WILHELM - AUGUSTA - STIFT



Wilhelm-Augusta-Stift • Luther-Haus-Str.2 • 98553 Schleusingen

Evangelisches Alten- und Pflegeheim

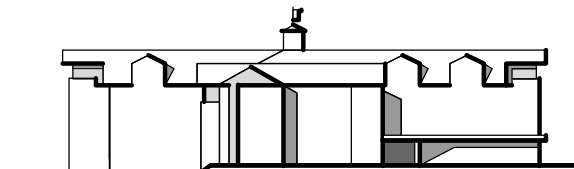
## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Bitte Beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

1. Familienname (ggf. auch Geburtsname)				
2. Vorname (n) Rufname unterstreichen				
3. Wohnanschrift	Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort			
4. Derzeitiger Aufenthalt	Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort			
5. Zur Zeit in welchem Krankenhaus bzw. in welchem Heim?	Name und Anschrift der Einrichtung			Tag der Aufnahme:
				Tag der Entlassung:
6. Geburtsdaten:	Geburtsdatum:			
	Geburtsort / -kreis:			
7. Familienstand	Ledig:	Verheiratet	Geschieden	Verwitwet
8. Konfession:	Evangelisch	Katholisch	Freikirchlich	Keine
9. Beruf:				
10. Staatsangehörigkeit	BRD			
11. Kinder	Volljährige:	Minderjährige:	Verstorbene:	Keine
12. Angehörige:	1. Familienname, Vorname – Wohnanschrift – Telefonnummer - Verwandtschaftsverhältnis			
	2. Familienname, Vorname – Wohnanschrift – Telefonnummer - Verwandtschaftsverhältnis			
	3. Familienname, Vorname – Wohnanschrift – Telefonnummer - Verwandtschaftsverhältnis			

Wilhelm-Augusta-Stift  
 Selbst. gemeinnützige Stiftung  
 Geschäftsführer / Heimleiter  
 Harald Böhle  
 Tel.: (036841) 28-0  
 Fax: (036841) 4 24 55



Raiffeisenbank Schleusingen  
 BLZ 840 690 65  
 Kto.Nr. 21 407

13. gesetzlicher Betreuer (Bitte Kopie des amtlichen Betreuerausweises anfügen)	Familienname, Vorname – Wohnanschrift - Telefonnummer
14. Krankenkasse, oder und sonstige Kostenträger	Name der Krankenkasse, oder und sonstiger Kostenträger und Anschrift / Telefonnummer
15. Versicherungsverhältnis (z. B. Rentner, freiwilliges Mitglied Familienhilfe)	
16. <b>Bei Familienhilfe:</b> Des Versicherten Name und Geburtstag, Arbeitgeber und Versicherungsverhältnis	
17. Mitgliedsnummer (z. B. Krankenkasse)	
18. Wer bezahlt die Beiträge?	
19. Hausarzt:	Name / Anschrift / Telefon / Fachgebiet
	Name / Anschrift / Telefon / Fachgebiet
	Name / Anschrift / Telefon / Fachgebiet

20. Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

21. Kostenträger - (Zutreffendes bitte ankreuzen ) – Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Das oben aufgeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen ( Sparbuch, Bankguthaben, ect.) Bestand heute in €

Zahlung von \* \_\_\_\_\_

Das zuständige Sozialamt in \*\* \_\_\_\_\_

\* Die Kostenübernahmeerklärung liegt bei / folgt in Kürze / muß noch beantragt werden / ist beantragt am: \_\_\_\_\_

\*\* Beantwortung entfällt, wenn Kostenübernahmeerklärung einwandfrei vorliegt.

22. Gewünschte Unterbringung: ( Zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Pflegestation notwendig

Im Erdgeschoss

23. Termin ( Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)

\_\_\_\_\_

24. Sind Diäten notwendig? (Welche Diäten und Warum?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Werden Sie über PEG ernährt?  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja

Nein

26. Sind Sie MRSA – Patient?  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja

Nein

27. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?

Name:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

In welcher Eigenschaft:

29. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Ort: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 20

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_

***Bitte überzeugen Sie sich, ob alle Angaben vollständig sind und alle notwendigen Unterlagen diesem Antrag beigelegt wurden.***

