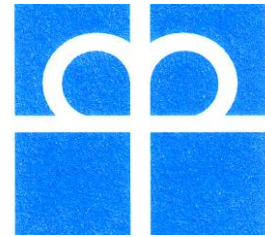


Martin-Luther-Haus
 Waldstr.51
 45525 Hattingen
 Tel. (0 23 24) 92 31 - 0
 Fax. (0 23 24) 9231-29
 mlh@diakonie-mark-ruhr.de



Anmeldung für die Aufnahme

Familiennamen:		
Vorname:		
Geschlecht:		
Geb. Datum:		
Geb. Ort:		
Wohnsitz:		Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____
Familienstand:		ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/>
Konfession:		katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> sonstige:
Staatsangehörigkeit:		deutsch <input type="checkbox"/> sonstige:
derzeitiger Aufenthaltsort, z.B. Krankenhaus	Bezeichnung:	
	Anschrift:	
	Aufnahmetag:	
	Aufnahmegrund:	
Diagnosen		
Covid-Impfung / Genesen		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> / ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen		
Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	(Vor- und Nachname)	
	(Straße, Hausnummer)	
	(PLZ, Ort)	
	(Telefon)	(Mobil)
	(e-mail)	
Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	(Vor- und Nachname)	
	(Straße, Hausnummer)	
	(PLZ, Ort)	
	(Telefon)	(Mobil)
	(e-mail)	

Betreuerin/Betreuer					
	(Vor- und Nachname)				
	(Straße, Hausnummer)				
	(PLZ, Ort)				
	(Telefon)		(Mobil)		
	(e-mail)				
Bevollmächtigte/Bevollmächtigter					
	(Vor- und Nachname)				
	(Straße, Hausnummer)				
	(PLZ, Ort)				
	(Telefon)		(Mobil)		
	(e-mail)				
Welcher Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Heimnotwendigkeitsbescheinigung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/>				
Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
Kostenträger	Sozialhilfe notwendig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Krankenkasse	Zuzahlung befreit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Anschrift Krankenkasse					
KV.-Nr.:					
Hausarzt Facharzt					
	(Name)				
	(Straße, Hausnummer)				
	(PLZ, Ort)		(Telefon)		
Rechnungsempfänger					
	(Vor- und Nachname)				
	(Straße, Hausnummer)				
	(PLZ, Ort)				
Bankverbindung					
	Kontoinhaber				
	Name der Bank/BLZ				
	Kontonummer				
Wer stellt den Antrag?					
	(Vor- und Nachname)				
	(Straße, Hausnummer)				
	(PLZ, Ort)		(Telefon)		
Dieser Antrag ist bis auf Widerruf gültig, alle Angaben entsprechen den Tatsachen					
<p>.....</p> <p>Ort, und Datum Unterschrift des Aufzunehmenden, des Betreuers, des Bevollmächtigten</p>					