Haus der Diakonie
Augustastraße. 7
45525 Hattingen
Tel. (0 23 24) 92 41 - 0
Fax. (0 23 24) 54 37 8

# Anmeldung für die Aufnahme

| | | |
|---|---|---|
| Familienname: | | |
| Vorname: | | |
| Geschlecht: | | |
| Geb. Datum: | | |
| Geb. Ort: | | |
| Wohnsitz: | Straße/Hausnummer:<br>PLZ/Ort: | |
| Familienstand: | ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ | |
| Konfession: | katholisch ☐ evangelisch ☐ ohne ☐ sonstige: | |
| Staatsangehörigkeit: | deutsch ☐ sonstige: | |
| derzeitiger Aufenthaltsort, z.B. Krankenhaus | Bezeichnung: | |
| | Anschrift: | |
| | Aufnahmetag: | |
| | Aufnahmegrund: | |
| Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen | | |
| Ehepartner ☐<br>Tochter ☐<br>Sohn ☐<br>Sonstiges: | | |
| | (Vor- und Nachname) | |
| | (Straße, Hausnummer) | |
| | (PLZ, Ort) | |
| | (Telefon) | (Mobil) |
| | (e-mail) | |
| Ehepartner ☐<br>Tochter ☐<br>Sohn ☐<br>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) | | | | |
| Bevollmächtige/Bevollmächtigter | | | | | |
| | (Vor- und Nachname) | | | | |
| | (Straße, Hausnummer) | | | | |
| | (PLZ, Ort) | | | | |
| | (Telefon) | (Mobil) | | | |
| | (e-mail) | | | | |
| Welcher Pflegegrad? | ☐ I | ☐ II | ☐ III | ☐ IV | ☐ V |
| Heimnotwendigkeitsbescheinigung | ja ☐ nein ☐ beantragt ☐ | | | | |
| Gewünschte Unterbringung | ☐ Einzelzimmer | ☐ Doppelzimmer | | | |
| Krankenkasse | | Zuzahlung befreit: ja ☐ nein☐ | | | |
| Anschrift Krankenkasse | | | | | |
| KV.-Nr.: | | | | | |
| Hausarzt<br>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

……

Ort, und Datum Unterschrift des Aufzunehmenden, des Betreuers, des Bevollmächtigten