

Seniorenzentrum Bethanien / Intensivpflege Bethanien

Aufderhöher Straße 169
42699 Solingen

Tel. 0212/63-0477 Frau Kindel

Ira.Kindel@diakonie-bethanien.de

Fax 0212/63-0425

Tel. 0212/63-0410 Frau Tobschall

Claudia.Tobschall@diakonie-bethanien.de

Fax 0212/63-0405



Anmeldung zur Heimaufnahme

vollstationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

1. Vor- und Zuname:

Geburtsname: _____

Straße, PLZ Ort: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Geburtsdatum: _____ Ort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Erlerner Beruf: _____

2. Pflegegrad: _____ seit: _____

Höherstufe beantragt: nein ja, am _____

3. Angehörige / Bezugspersonen:

a. Name _____ wie verwandt _____

Straße/PLZ/Ort _____

Tel. _____ Handy _____

E-Mail _____

b. Name _____ wie verwandt _____

Straße/PLZ/Ort _____

Tel. _____ Handy _____

E-Mail _____

4. Vollmacht/Betreuer: _____ Name _____ wie verwandt _____

private Vorsorgevollmacht

notarielle Vollmacht

Straße/PLZ/Ort _____

vom Amtsgericht eingesetzt §§ 1896 ff. BGB

Tel. _____ Handy _____

E-Mail _____

5. Krankenkasse: _____ Ort _____

Versichertennummer _____

Rezeptgebührenbefreiung liegt vor: ja nein ist beantragt

6. Hausarzt: Name _____ Tel. _____
Straße/PLZ/Ort _____

7. Schwerbehindertenausweis: nein ja, _____ % mit Merkzeichen:
 G aG B RF H BI

8. Gewünschte Unterbringung: Haus Ahorn o. Buche Haus Eiche (Demenz)
 Einzelzimmer Zweibettzimmer
 Intensivpflege (Ahorn 3. OG, Einzelzimmer f. invasiv Beatmete)

Bemerkungen, Ergänzungen: _____

9. Monatliches Einkommen (Renten, Mieten etc. nach heutigem Stand):

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag € / Monat

10. Die ungedeckten Heimpflegekosten werden finanziert durch (bitte ausfüllen):

- Beihilfe (Beamte) _____ %
- eigenes Bar-/Sparvermögen (Bestand heute ca. _____ €)
- _____
- Pflegegeld (Vermögen ist unter 10.000 € bzw. 15.000 € bei Eheleuten/eheähnlichen Gemeinschaften)
- Sozialhilfe (Vermögen ist unter 10.000 € bzw. 20.000 € bei Eheleuten/eheähnlichen Gemeinschaften)
- Sozialhilfeantrag gestellt in _____ am _____

11. Diagnosen / Welche Hilfeleistungen sind erforderlich (bitte eintragen)?

Covid-Impfung vorhanden (bitte ankreuzen): ja, ___ fach nein

12. Gewünschter Aufnahmeterrmin:
(nur bei vollstationärer Pflege)

- schnellstmöglich
- vorsorglicher Antrag
- _____

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/Bevollmächtigte(r)