

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- 63-0420 Frau Albrecht
Eva.Albrecht@diakonie-bethanien.de
Fax 0212- 63-0411



Tel. 0212/63-0410 Frau Tobschall
Claudia.Tobschall@diakonie-bethanien.de
Fax 0212/63-0411

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: _____

Höherstufung 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:

☐ private Vorsorgevollmacht	Name _____ wie verwandt _____
☐ notarielle Vollmacht	Straße/PLZ/Ort _____
☐ vom Amtsgericht einge- setzt §§ 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)?

12. Gewünschter Aufnahmetermin:

(nur bei vollstationärer Pflege)

☐ schnellstmöglich

☐ vorsorglicher Antrag

☐ _____

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/Bevollmächtigte(r)