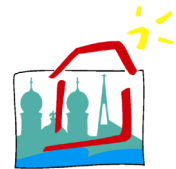


# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Gilt nur mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen!)



Haus der Diakonie  
am Eichenhain

**Familienname** .....

Geburtsname: .....

**Vorname** .....

(Rufname bitte unterstreichen)

**Geburtsdatum** ..... **Geburtsort**.....

## Derzeitige Adresse

Straße / PLZ / Wohnort .....

Telefon / Fax .....

Familienstand ..... Konfession ..... Staatsangehörigkeit .....

Kinderzahl ..... Beruf .....

## Zuständiges Einwohnermeldeamt/Standesamt

Straße / PLZ / Ort .....

Telefon/Fax .....

## Angehörige

(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, sonstige Vertrauensperson(en) angeben!)

1. wie verwandt.....

Vor- und Zuname.....

Anschrift.....

Telefon.....

2. wie verwandt.....

Vor- und Zuname.....

Anschrift.....

Telefon.....

## Pfleger, Betreuer

(Kopie des Betreuerausweises bitte beilegen!)

Vor- und Zuname:.....

Anschrift .....

Telefonnummer .....

## Krankenkasse

Anschrift.....

Telefon und Fax.....

Mitgliedsnummer: ..... Versicherte Person: .....

**Name des Hausarztes:** .....  
Anschrift .....  
Telefon / Fax .....

Wer stellt diesen Antrag .....  
In welcher Eigenschaft .....

**Unterbringung (nicht verbindlich):**

- Wohnbereich    Appartement    Pflegebereich    Einzelzimmer    Doppelzimmer  
 Beschützende Abteilung

**Monatliches Gesamteinkommen** nach heutigem Stand .....€

- Selbstzahler    Sozialhilfeempfänger  
Rentenbescheide bitte unbedingt beifügen!

Rechnungsstellung / **Rechnungsempfänger:** .....  
.....

Wenn bekannt - vom Medizinischen Dienst festgestellte **Pflegestufe:** .....

**Apothekenwahl:** Die Medikamente werden  von mir selbst bzw. meinen Angehörigen abgeholt  
oder  vom Pflegepersonal bei unserer Vertragsapotheke besorgt.

Besondere Wünsche im **Todesfall:** .....

---

***Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften:***

Hiermit ermächtige ich das Haus der Diakonie / Kaiser-Heinrich-Str.7 / 94526 Metten widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der Nr. \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Kreditinstituts

durch Lastschriften einzuziehen.

Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Bei Rücklastschrift geht die Gebühr zu Lasten des Heimbewohners.

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers bzw. des Aufzunehmenden \_\_\_\_\_