



St. Johannes-Stift  
Alten- und Pflegeeinrichtung

<b>Wird vom St. Johannes-Stift ausgefüllt</b>	
Reservierung vom _____ bis _____	
EZ Nr.: _____	Einzug am _____
DZ Nr.: _____	
Kopie Empfang am _____	an _____

- Anmeldung zum Heimeinzug**     Kurzzeitpflege     vollstationäre Pflege  
 Übernahme in vollstationäre Pflege geplant

Name / Geburtsname \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Vorname(n) \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_    Versichertenstatus: \_\_\_\_\_  
(Siehe Versicherungskarte)    (Siehe Versicherungskarte)  
Pflegerstufe \_\_\_\_\_

\* Bitte setzen Sie sich mit Ihrer Pflegekasse in Verbindung

Personalausweis - Nr.: \_\_\_\_\_    Ausstellungsort: \_\_\_\_\_  
(Bitte eine Kopie des Personalausweises mitbringen)

derzeitiger Aufenthalt     Krankenhaus     Pflegeheim\*     Wohnung  
 Kurzzeitpflege     Verhinderungspflege  
Gewünschte Unterbringung     Einzelzimmer     Doppelzimmer

Tageszeitung     ja     nein  
 WAZ     Ruhrnachrichten     \_\_\_\_\_

**Wer wird Rechnungsempfänger?**

_____	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Name, Vorname	
_____	<input type="checkbox"/> _____
Straße und Hausnummer	Verwandtschaftsgrad oder Sonstiges
_____	_____
PLZ und Wohnort	Telefon
_____	_____
Mobiltelefon	Fax

## Anmeldung zum Heimeinzug

### Angehörige:

_____	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Name, Vorname	
_____	<input type="checkbox"/> _____
Straße und Hausnummer	Verwandtheitsgrad oder Sonstiges
_____	_____
PLZ und Wohnort	Telefon
_____	_____
Mobiltelefon	Fax

_____	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Name, Vorname	
_____	<input type="checkbox"/> _____
Straße und Hausnummer	Verwandtheitsgrad oder Sonstiges
_____	_____
PLZ und Wohnort	Telefon
_____	_____
Mobiltelefon	Fax

_____	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Name, Vorname	
_____	<input type="checkbox"/> _____
Straße und Hausnummer	Verwandtheitsgrad oder Sonstiges
_____	_____
PLZ und Wohnort	Telefon
_____	_____
Mobiltelefon	Fax

### Hausarzt

_____	_____
Name, Vorname	Mobiltelefon
_____	_____
Straße und Hausnummer	Telefon
_____	_____
PLZ und Wohnort	Fax

**Anmeldung zum Heimeinzug**

Einkommen:

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in Euro
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

- das oben aufgeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlungen aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Zahlungen von \_\_\_\_\_
- das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist, bis auf Widerruf, verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift