



St. Johannes-Stift
Alten- und Pflegeeinrichtung

Wird vom St. Johannes-Stift ausgefüllt

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)

Pflegestufe _____

* Bitte setzen Sie sich mit Ihrer Pflegekasse in Verbindung

Personalausweis - Nr.: _____ Ausstellungsort: _____

(Bitte eine Kopie des Personalausweises mitbringen)

Ausstellungsdatum: _____

derzeitiger Aufenthalt Krankenhaus Pflegeheim* Wohnung

Kurzzeitpflege Verhinderungspflege

Gewünschte Unterbringung Einzelzimmer Doppelzimmer

Tageszeitung ja nein

WAZ Ruhrnachrichten _____

Wer wird Rechnungsempfänger?

Name, Vorname Betreuer Bevollmächtigter

Straße und Hausnummer _____
Verwandtschaftsgrad oder Sonstiges

PLZ und Wohnort Telefon

Mobiltelefon Fax

Anmeldung zum Heimeinzug

Angehörige:

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Mobiltelefon

Betreuer Bevollmächtigter

Verwandtschaftsgrad oder Sonstiges

Telefon

Fax

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Mobiltelefon

Betreuer Bevollmächtigter

Verwandtschaftsgrad oder Sonstiges

Telefon

Fax

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Mobiltelefon

Betreuer Bevollmächtigter

Verwandtschaftsgrad oder Sonstiges

Telefon

Fax

Hausarzt

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Mobiltelefon

Telefon

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