



Pflegeheim Pommernmühle

Liepgartener Straße 88a

17373 Ueckermünde

Tel.: 039771 – 2000

Ihr Gesprächspartner:

Dipl.-Pfleger (FH) Holm Kolata

IK 511308150

Anmeldung zur Heimaufnahme

<i>Bitte alle Fragen vollständig beantworten.</i>	
Name: _____	
Vorname: _____	
Geburtsname: _____	
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Familienstand: _____	Konfession: _____
Staatsangehörigkeit: _____	
Gewünschter Einzugsstermin: _____	
Zurzeit wohnhaft:	
(Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet) _____ (PLZ) _____ (Ort) _____	
_____ (Straße und Hausnummer)	_____ (Telefon)
Zurzeit im Krankenhaus oder Altenheim?	
_____ (Name und Anschrift des Krankenhauses oder Heimes)	
_____ (Telefon)	
Angehörige:	
a) _____ (Vor- und Zuname)	_____ (Verwandtschaftsgrad)
_____ (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	_____ (Telefon)
b) _____ (Vor- und Zuname)	_____ (Verwandtschaftsgrad)
_____ (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	_____ (Telefon)
Liegt eine Betreuung/Vollmacht vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
_____ (Vor- u. Zuname, Anschrift)	
_____ (Telefon)	

Name und Anschrift der Krankenkasse: _____		
Mitglieds-Nr. der Krankenkasse: _____		Vers.-Karte liegt vor: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zurzeit Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		seit: _____
Höherstufungsantrag gestellt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Wenn ja, wann? _____
Zuzahlungsbefreiung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Befreiungsausweis liegt vor: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wurde beantragt am: _____		
Name des Hausarztes: _____		
Anschrift: _____		Tel.: _____
Vermögenssituation:		
Art des Einkommens (z. B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro
Die Kosten werden aufgebracht durch:		
<input type="radio"/> Pflegekasse <input type="radio"/> das vorstehend aufgeführte Einkommen <input type="radio"/> Zuzahlung aus Barvermögen <input type="radio"/> Übernahme durch Sozialamt – Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt gestellt am: _____ <input type="radio"/> Sonstiges:		
Wichtig: Der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt <u>vor</u> Heimaufnahme zu stellen!		
Gewünschte Wohnform:		
<input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer		
Rechnungsempfänger: _____		
(Vor- und Zuname)		

(Anschrift)		
Sonstiges/Besonderheiten:		

Bei Nichtausreichen des Platzes, bitte Extrablatt beifügen.

Datum:

Bitte unbedingt in Kopie beifügen, wenn vorhanden:

Unterschrift des Antragstellers:

o Urkunde/Vollmacht Betreuer

o akt. Pflegegradbescheid

Unterschrift des Lebens-/Ehepartners:

o Befreiungsausweis

o Rentenbescheid

Unterschrift des Betreuers:

o Bescheid des Sozialamtes