



Alexianer

HAUS HEIDHORN GMBH

Standort:	Hiltrup: Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	
	Achatius-Haus: Junge Pflege <input type="checkbox"/> Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	
Vor- und Zuname		
Adresse	Straße, PLZ, Ort	
Geburtsdaten	Geburtsname:	Geburtsdatum:
	Geburtsort:	
Derzeitiger Aufenthaltsort (nur wenn nicht = Hauptwohnsitz) Ggf.: Krankenhaus, Kurzzeit- pflege, Seniorenzentrum		
	Straße, PLZ, Ort	
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/>	
Konfession	katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>	
Staatsangehörigkeit	deutsch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> und zwar:	
Ehepartner/in	Name, Vorname	E-Mail
	Straße, PLZ, Ort, Telefon	
Nahestehende Personen a)	Name, Vorname	E-Mail
	Straße, PLZ, Ort, Telefon	
	Beziehungsgrad: (Sohn, Tochter, ...)	
b)	Name, Vorname	E-Mail
	Straße, PLZ, Ort, Telefon	
	Beziehungsgrad: (Sohn, Tochter, ...)	
c)	Name, Vorname	E-Mail
	Straße, PLZ, Ort, Telefon	
	Beziehungsgrad: (Sohn, Tochter, ...)	

Betreuer/in:	Name, Vorname		Telefon
	Straße, PLZ, Ort		
Besteht eine Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt		
Art der Betreuung:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge		
Vorsorgevollmacht:	Name, Vorname		Telefon
	Straße, PLZ, Ort		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt		
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hausarzt	Name, Vorname		Telefon
	Straße, PLZ, Ort		
Krankenkasse	Name		Telefon
	Straße, PLZ, Ort		Fax
	Versicherungs-Nr.		Zuzahlungsbefreiung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Werden z. Zt. Pflegeleistungen von einem Kostenträger gewährt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kostenträger (Wie wird die Finanzierung des Pflegeplatzes gesichert?)	<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen oder Vermögen <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialamt		
gewünschter Einzugstermin	<input type="checkbox"/> zur Heimaufnahme	vom	
	<input type="checkbox"/> zur Kurzzeitpflege	von / bis	
Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, besondere Wünsche			
Ort: Datum:			
Unterschrift des Antragstellers bzw. der Antragstellerin.....			
ggf. Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten bzw. der Betreuerin/ Bevollmächtigten.....			
Gemäß § 4 und § 12 Datenschutzgesetz NW sichern wir Ihnen zu, dass die von Ihnen abgefragten Daten nur zur sachgerechten Bearbeitung Ihres Antrags verwendet werden.			