



# Alexianer

HAUS HEIDHORN GMBH

<b>Standort:</b>	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	Telefon
	Straße, PLZ, Ort	
Nahestehende Personen a)	Name, Vorname	Telefon
	Straße, PLZ, Ort	
	Beziehungsgrad: (Sohn, Tochter, ...)	
b)	Name, Vorname	Telefon
	Straße, PLZ, Ort	
	Beziehungsgrad: (Sohn, Tochter, ...)	
c)	Name, Vorname	Telefon
	Straße, PLZ, Ort	
	Beziehungsgrad: (Sohn, Tochter, ...)	
Rechnungsempfänger	a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	

Betreuer/in:	Name, Vorname <span style="float: right;">Telefon</span>
	Straße, PLZ, Ort
Besteht eine Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <span style="float: right;">(Bitte Kopie Betreuerausweis beilegen)</span>
Art der Betreuung:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge
Vorsorgevollmacht:	Name, Vorname <span style="float: right;">Telefon</span>
	Straße, PLZ, Ort
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <span style="float: right;">(Bitte Kopie Vollmacht beilegen)</span>
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <span style="float: right;">(Bitte Kopie Patientenverfügung beilegen)</span>
Hausarzt	Name, Vorname <span style="float: right;">Telefon</span>
	Straße, PLZ, Ort
Krankenkasse	Name <span style="float: right;">Telefon</span>
	Straße, PLZ, Ort <span style="float: right;">Fax</span>
	Versicherungs-Nr. <span style="float: right;">Zuzahlungsbefreiung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <span style="float: right;">(Bitte Kopie Pflegebescheid beifügen)</span>
<b>Werden z. Zt. Pflegeleistungen von einem Kostenträger gewährt?</b> <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 (beantragt am _____ bei: _____ )
	<input type="checkbox"/> Sozialamt (Ort _____ Sachbearbeiter: _____ )
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.	