



Josefsheim  
von-Droste-Straße 16 • 59597 Erwitte  
Tel.: 0 29 43 / 89 07 -40 • Fax: -41  
E-mail: rvieth@josefsheim-erwitte.de  
IK. 510590867

# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

1. Vor- und Zuname		Geburtsname:	
2. Adresse		Telefon	
3. Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhauas oder Altenheim bitte entsprechende Adresse )		Telefon	
4. Geburtsdaten		Ort	
5. Familienstand	6. Konfession	7. Staatsangehörigkeit	
8. Angehörige		Telefon:	
a) Name		Telefon:	
Straße/PLZ/Ort		Telefon:	
wie verwandt		Telefon:	
Name		Telefon:	
Straße/PLZ/Ort		Telefon:	
wie verwandt		Telefon:	
Name		Telefon:	
Straße/PLZ/Ort		Telefon:	
wie verwandt		Telefon:	
9. Betreuer		Telefon	
Name		Telefon	
Straße/PLZ/Ort		Telefon	
Wirkungskreis des Betreuers		Telefon	
10. Hausarzt		Telefon	
Name:		Telefon	
Straße/PLZ/Ort		Telefon	
11. Gewünschte Unterbringung		Termin zur Aufnahme:	
Einbettzimmer	Doppelzimmer	Termin zur Aufnahme:	
12. Krankenkasse			
13. Kostenträger			
Antrag bei der Pflegekasse gestellt am: _____ Sozialamt Kreis _____ JA/NEIN			
Einstufung in Pflegestufe _____ liegt vor. Kopie der Einstufung liegt bei JA/NEIN			
Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in	Unterschrift des Aufzunehmenden, falls unterschiedlich	

## Einverständniserklärung

Ich willige hiermit der Erteilung von ärztlichen Unterlagen und der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten gegenüber dem Josefsheim zu.

Ebenfalls erkläre ich mich damit einverstanden, daß bei einer Krankenhausbehandlung meine persönlichen und ärztlichen Daten dem Krankenhaus zur Kenntnis gegeben werden.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung-

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Erklärenden bzw  
des gesetzlichen Vertreters

Persönliche Einkünfte

€

Rentennummer

Stelle:

Angestelltenrente mtl. \_\_\_\_\_

Arbeitsrente mtl. \_\_\_\_\_

Pension mtl. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mtl. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mtl. \_\_\_\_\_

Wer wird, falls die eigenen Einkünfte nicht ausreichen, die nicht gedeckten Heimkosten zahlen? \_\_\_\_\_

Anschrift der nächsten Angehörigen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ort und Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift