

Pflege- und Betreuungseinrichtung
Westfalenweg 210
42111 Wuppertal
Tel. 0202/7593-1
Fax 0202/750119
www.feuchter-stiftung.de
info@feuchter-stiftung.de

Eingangsstempel

Aufnahme Pflege- und Betreuungseinrichtung

Anmeldung

Vorsorgliche Anmeldung

Vollstationäre Pflege

Kurzzeit/ Verhinderungspflege

Anmeldung für:	
Name:	Geb. Name:
Vorname:	Geb. Ort:
Straße/PLZ/Ort:	
Familienstand:	Geburtsdatum:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Tel.:	Fax:
Derzeitiger Aufenthalt:	

Angehörige/Amtlicher Betreuer	
1. Angehöriger Name:	Vorname:
Verwandtschaftlicher Grad:	
Straße/PLZ/Ort:	
Tel. Privat:	Dienstlich:
Handy:	E-Mail:
Vorsorgevollmacht vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
2. Angehöriger Name:	Vorname:
Verwandtschaftlicher Grad:	
Straße/PLZ/Ort:	
Tel. Privat:	Dienstlich:
Handy:	E-Mail:
Vorsorgevollmacht vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
3. Amtlicher Betreuer Name:	Vorname:
Straße/PLZ/Ort:	
Tel. Privat:	Dienstlich:
Handy:	E-Mail:
Amtlicher Betreuer für folgende Angelegenheiten:	
Aufenthaltsrecht <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/>	
Schutzmaßnahmen <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Ämtern <input type="checkbox"/>	

Hausarzt	
Name:	
Straße/PLZ/Ort:	
Tel.:	Fax:

Krankenkasse/Pflegekasse	
Name der Krankenkasse:	Mitgl.-Nr.:
Pflegegrad: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> am:	
Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Heimpflegebedürftigkeitsbescheinigung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Privatversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant/Stationär <input type="checkbox"/>	
Privatversicherung Mitgl. -Nr.:	
Name der Privatversicherung (Falls abweichend von Krankenkasse):	
Status der Privatversicherung: (Bitte bei Versicherung erfragen)	
Status: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Privatversicherungskarte vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Finanzierung	
Monatliches Einkommen	
Ca:	€
Evtl. Antrag auf Pflegegeld notwendig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Evtl. Antrag auf Sozialhilfe notwendig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Allgemeine Angaben:	
Gewünschte Wohnsituation:	Einzelzimmer Süd <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Nord <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/>
Gewünschter Aufnahmeterrmin:	sofort <input type="checkbox"/> ab dem:
Aus welchen Gründen wird die Aufnahme gewünscht?	
Wer stellt den Antrag:	
Bemerkungen:	

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____