

# Martinshof Rothenburg Diakoniewerk

Kirchliche Stiftung bürgerlichen Rechts (Stiftungsverzeichnis LD Dresden Nr. 21-0562)

Martinshof Rothenburg Diakoniewerk, Mühlgasse 10, 02929 Rothenburg OL



## Antrag auf Heimaufnahme in das Altenpflegeheim

**Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!**

**Vorstand:**  
Robert Dünnbier  
Petra – Edith Pietz

Fon: 0049 (0)35891 380  
Fax: 0049 (0)35891 38 110  
info@martinshof-diakoniewerk.de  
www.martinshof-diakoniewerk.de

Anrede, Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

(Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsname: \_\_\_\_\_

**Wohnung:**  
(mit Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet)  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

**Derzeitiger Aufenthalt:**  
(bei Angehörigen/Krankenhaus/Heim/...)  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Bei wem? In welcher Institution?

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie Geburtsurkunde bzw. Heiratsurkunde beifügen!)

Geburtsort: \_\_\_\_\_  
(ggf. Land/Staat angeben)

Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Kinder:

1. Vorname , Nachname

Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

2. Vorname , Nachname

Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

3. Vorname , Nachname

Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

**Angehörige:** (Falls keine Angehörigen, sonstige Vertrauensperson angeben!)

**Bankverbindung:**  
KD-Bank eG  
BLZ 350 601 90  
Konto 1 551 632 047  
BIC  
GENODED1DKD  
IBAN  
DE29 3506 0190 1551 6320 47

**Spendenkonto:**  
KD-Bank eG  
BLZ 350 601 90  
Konto 1 555 999 050  
BIC  
GENODED1DKD  
IBAN  
DE74 3506 0190 1555 9990 50

**Betreuerin/Betreuer/Bevollmächtigte:**

(Bitte Kopie beifügen!)

Vorname , Nachname

Postleitzahl, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

**Kranken- und Pflegekasse:**

Name der Kasse

Mitgliedsnummer

**Betreuungsbereich:**

Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitsfürsorge

Vermögensfürsorge

Vertretung gegenüber Behörden usw.

Betreuungsbeschluss vom: \_\_\_\_\_

Vollmacht

**Hausarzt:** (oder Arzt, der die Betreuung im Heim übernehmen soll)

Name

Postleitzahl, Ort

Straße, Hausnummer

**Gebührenbefreiung:**

Rezeptgebühren

Fahrtkosten

**Pflegegrad:**

(Welche Pflegestufe ist anerkannt und seit wann?)

Pflegegrad 1, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 2, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 3, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 4, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 5, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad wurde beantragt: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Vollstationäre Pflege:**

(bei der Pflegekasse gestellt bzw. genehmigt)

gestellt am: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Kostenübernahme:** ja/ nein

(zur Zahlung der Heimkosten durch das Sozialamt)

gestellt am: \_\_\_\_\_

**Diät notwendig:**

(Welche? Warum?)

\_\_\_\_\_

**Aus welchen Gründen wird eine Heimaufnahme gewünscht:**

\_\_\_\_\_

**Welche Hilfsmittel sind erforderlich? Welche werden mitgebracht?**

\_\_\_\_\_

**Welche Gewohnheiten sollten nach Möglichkeit beachtet werden?**

(Frühaufsteher, ...)

\_\_\_\_\_

**Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden:**

Vorname , Nachname

Postleitzahl, Wohnort

Straße, Hausnummer

In welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_

**Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:**

Datum, Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich.

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen ist beigelegt.