

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Altenheim  
St. Josef  
Buschkampstraße 3-5  
59067 Hamm  
Tel. 0 23 81 / 3789 600

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Seelsorger: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt:

\_\_\_\_\_

Name, Anschrift und Telefon der Angehörigen/Bezugspersonen:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Angaben zur Betreuung:      amtliche Betreuung            Vorsorgevollmacht     

Bereiche: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift u. Telefon:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Anmeldung zur Aufnahme – Seite 2

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Weiterbehandlung durch den Hausarzt nach Aufnahme: Ja  Nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Heimpflegebedürftigkeitserklärung:

ist beantragt:  liegt bei:

(falls keine vorliegt, können Sie diese bei Ihrer Pflegekasse beantragen)

Ärztlicher Fragebogen: liegt ausgefüllt bei  wird nachgereicht

## Pflegeeinstufung:

ist beantragt:  liegt bei:  Pflegegrad \_\_\_\_\_

Heimaufnahme:  dringend  später

Wünschen Sie ein Beratungsgespräch in unserer Einrichtung? Ja  Nein

Ich bitte darum, in St. Josef aufgenommen zu werden.

59067 Hamm, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Sofern eine Betreuung vorliegt

59067 Hamm, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der betreuenden Person