



Seniorenwerk Herminenhof

Anfrage zur Anmeldung

- Heimaufnahme Wohnen mit Service Kurzzeitpflege/
Verhinderungspflege

Seniorenpflegeheim Herminenhof
Birkenallee 5 · D-31675 Bückeberg
☎ 05722 97097-0 · 📠 05722 97097-505
✉ herminenhof@seniorenwerk.de
www.seniorenwerk.de

Unterbringung

Gewünschter Einzugsstermin/Aufnahmezeitraum	<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer
Vereinbarter Einzugsstermin/Aufnahmezeitraum (intern auszufüllen)	Zimmernummer (intern auszufüllen)	

Persönliche Daten

Nachname	Geburtsname
Vorname	Konfession
Geburtsdatum	Geburtsort
Familienstand	Staatsangehörigkeit

Derzeitige Wohnung (Hauptwohnsitz)

Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

Derzeitiger Aufenthalt

Privat Krankenhaus Rehabilitation Psychiatrie Pflegeheim

Name des Krankenhauses, etc.

Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

Angehörige (nach Priorität)

1	Wie verwandt?	<input type="radio"/> Betreuungsverfügung (bitte vorlegen)
		<input type="radio"/> Patientenverfügung (bitte vorlegen)
		<input type="radio"/> Vorsorgevollmacht (bitte vorlegen)
	Nachname	Vorname
2	Straße, Hausnummer	Telefon
	PLZ	Wohnort
	Wie verwandt?	
	Nachname	Vorname
	Straße, Hausnummer	Telefon
	PLZ	Wohnort

Bitte wenden. ↩

Betreuer

ja (Betreuerausweis und Urkunde in Kopie vorlegen)

nein

Nachname

Vorname

Wirkungskreis der Betreuung

Krankenkasse / Pflegekasse

Name der Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nummer

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Pflegegrad kein Pflegegrad 1 2 3 4 5

Pflegegrad seit

Status des Pflegegrades liegt vor beantragt

Zuzahlungsbefreiung ja nein

Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

nein

ja

Zeitraum der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

Hausarzt

Name des Hausarztes

Adresse

Ärztlicher Fragebogen (nur bei Heimaufnahme)

liegt bei

wird nachgereicht

Kostenträger

Rechnungsempfänger Bewohner Betreuer Angehöriger 1 2

Selbstzahler (Kostendeckung durch monatliches Einkommen, Barvermögen, Bankguthaben, Mieteinnahmen) und Leistungen der Pflegekasse

Sozialhilfeträger

Bezeichnung der zahlenden Stelle	Betrag (EUR)
----------------------------------	--------------

Zuzahlungen von (Bitte schriftliche Erklärung beilegen!)

Nachname	Vorname	Betrag (EUR)
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	

Übernahme der Pflegekosten durch zuständige Pflegekasse (Antrag wurde/wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt. Werden die Kosten nicht von der Pflegekasse getragen, entrichte ich den gesamten Betrag wie im Vertrag berechnet.)

Sonstige Angaben

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden (wenn abweichend)