

Anmeldung zur Heimaufnahme
Seniorensitz der Blindenhilfe
„Auf der Karthause“

Magdeburger Str. 13-15, 56075 Koblenz, Tel.: 0261/5020 Fax.: 5021020
E-Mail: info@seniorensitz-karthause.de

**Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß – vielen Dank!
Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!**

1. Zuname

(bei Frauen auch Geburtsname)

2. Vorname(n)

(Rufnamen bitte unterstreichen)

3. Wohnung

(aktueller Hauptwohnsitz)

Straße und Haus Nr.

Telefon

PLZ, Wohnort, Gemeinde

4. Geburtsdaten

(Geburtsort/ Kreis)

am/in

Bundesland

5. Familienstand _____

Konfession

Staatsangehörigkeit

6. Angehörige

(Ehefrau/Ehemann, Kinder)

Name/Anschrift/Telefon/Verwandtschaftsverhältnis

7. Amtliche/r Betreuer/-in

(Bevollmächtigte/r)

Name/Anschrift/Telefon

8. Krankenkasse

9. Versicherungsverhältnis

(z. B. Rentner oder freiwilliges Mitglied)

10. Krankenversicherten Nr.:

11. Hausarzt

12. Diät notwendig? (BE)

13. Kostenträger (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Das unten angeführte Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)

Das zuständige Sozialamt _____
Aktenzeichen – falls vorhanden

Pflegeversicherung: Pflegestufe: Ja Nein Welche 1 2 3

Erstantrag gestellt? Ja Nein Wann? _____

Höherstufungsantrag gestellt? Ja Nein Wann? _____

14. Monatliches Einkommen

(aktueller Stand bei Heimaufnahme)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag

15. Gewünschte Unterbringung Einzelzimmer Doppelzimmer

16. Gewünschter Termin zum _____

17. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?

Name: _____

Anschrift: _____

Ort/Datum: _____

**Unterschrift des Antragstellers/Angehörige
ggf. des Bevollmächtigten oder amtl. Betreuers**