

Braun'sche Stiftung

Rechtsfähige und öffentliche Stiftung des bürgerlichen Rechts

Am Deutschordensplatz 8

76761 Rülzheim

Tel.: 07272/9285-0

Fax: 07272/9285-16

Eingangsvermerk:



Anmeldung

für gewünschten Heimeinzug

 Dauerpflege Kurzzeitpflege Tagespflege

Bitte vor Einzug ins Heim aktuellen ärztlichen Fragebogen einreichen!

1. Zuname:
 Familienname, auch den Geburtsnamen angeben

2. Vorname(n):
 Rufnamen bitte unterstreichen

3. Wohnung:
 Straße und Haus-Nr. Telefon
(mit Hauptwohnsitz
 polizeilich gemeldet)
 Postleitzahl Wohnort

4. Derzeitiger Aufenthalt:
 Straße und Haus-Nr. Telefon
(Bei Krankenhaus oder Alten-
 heim bitte entsprechende Adresse)
 Postleitzahl Wohnort

5. Geburtsdatum: **Geburtsort:**

6. Familienstand: **7. Beruf:**

8. Letzte Eheschließung am: **in:**

9. Konfession: **10. Staatsangehörigkeit:**

11. Angehörige: (Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte sonstige Vertrauenspersonen angeben)

a)	b)	c)
..... wie verwandt	..... wie verwandt	..... wie verwandt
..... Vor- und Zuname	..... Vor- und Zuname	..... Vor- und Zuname
..... Straße, Hausnummer	..... Straße, Hausnummer	..... Straße, Hausnummer
..... Telefon	..... Telefon	..... Telefon
..... Postleitzahl, Wohnort	..... Postleitzahl, Wohnort	..... Postleitzahl, Wohnort

12. Gesetzlich bestellte(r)	.....
Betreuer(in):	Name
oder Vollmacht	.....
	Anschrift
Aufgabengebiete:	.....

13. Wer stellt diesen Antrag?	Name und genaue Anschrift:

In welcher Eigenschaft?	.....
13.1. E-Mail Adresse:	
14. Gewünschter Einzugstermin:	
15. a) Krankenkasse	.....
	Name

	Anschrift
Mitgliedsnummer:	.....
Versicherungsstatus:	.....
15. b) Pflegekasse/ Beihilfestelle	.....
	Name

	Anschrift
Mitgliedsnummer:	.....
Versicherungsstatus:	.....
Wenn ja, welcher Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
15. c) Wurde die Notwendigkeit eines vollstationären Heimeinzugs durch die Pflegekasse festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Behindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grad der Behinderung:%
17. a) Name des Hausarztes/der Hausärztin:	.....
	Anschrift.....Telefon.....
b) Name des Facharztes/der Fachärztin:	.....
	Anschrift.....Telefon.....
c) Name des Facharztes/der Fachärztin:	.....
	Anschrift.....Telefon.....

18. Monatliches Einkommen: (nach aktuellem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR

19. Kostenträger

Die Heimkosten werden aufgebracht durch (zutreffendes bitte ankreuzen)

- das oben angeführte monatliche Einkommen
 - Zuzahlung aus Barvermögen
 - Leistung der Pflegekasse in Höhe von monatlich Euro
 - Leistungen des Sozialamtes in
- sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

20. Liegt eine Befreiung von Medikamentenzuzahlung vor:

- ja nein **wenn ja: Befreiungskarte direkt in der Verwaltung abgeben!**

21. Gewünschte Wohnmöglichkeit:

- Einzelzimmer Doppelzimmer

22. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

23. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei: ja nein

....., den

Unterschrift des Antragstellers:.....

**Sollten Sie Ihre Anmeldung zum Heimeinzug zurückziehen,
bitten wir um umgehende Benachrichtigung.**