



Haus Einetal GmbH
 Wohnheim
 Schielo
 Anhaltiner Weg 115
 06493 Harzgerode

Haus Einetal GmbH
 Schielo
 Anhaltiner Weg 115
 06493 Harzgerode

Telefon: 039484 99-102
 039484 99-452
 Fax: 039484 99-190

agnes.einecke@haus-einetal.de
 gabriel.gerhold@haus-einetal.de

www.haus-einetal.de

Amtsgericht Lüneburg
 HRB 201213

Geschäftsführer
 Dr. Rolf Weber
 IK 51 15 32 390

Anfrage für eine Heimaufnahme

(Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen vollständig aus!)

Familiennamen / Vorname (ggf. Geburtsname)			
Anschrift und Telefon			
Aktueller Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, Seniorenheim, etc. bitte mit gesamter Anschrift angeben!)			
Geburtsort/-datum:			
Konfession		Staatsangehörigkeit	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden	
Kinder/Angehörige/Bekannte, die im Ernstfall verständigt werden können:			
Name, Vorname		Straße	
Telefonnummer		PLZ, Ort	
Mobilnummer		verwandt	
<hr/>			
Name, Vorname		Straße	
Telefonnummer		PLZ, Ort	
Mobilnummer		verwandt	
<hr/>			
Name, Vorname		Straße	
Telefonnummer		PLZ, Ort	
Mobilnummer		verwandt	

Besteht eine rechtliche Betreuung? (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Besteht eine Altersvorsorgevollmacht? (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Betreuer/in Bevollmächtigte (r):			
Anschrift / Telefon Betreuer:			
Pflege nach Leistungstyp (Kopie bitte beifügen)	Am:	In Stufe: <input type="checkbox"/> mittlere Pflege <input type="checkbox"/> seelische Beh. <input type="checkbox"/> schwere Pflege <input type="checkbox"/> seelisch Sucht	<input type="checkbox"/> Einstufung beantragt <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt
Kranken-/ Pflegekasse			
Versicherungsnummer			
Aktueller Hausarzt/-ärztin (Name und Anschrift)			
Anmerkung			
Gewünschter Aufnahmetermin			
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialamt:		
Befreit von: (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Arzneimittelzuzahlungen <input type="checkbox"/> Fahrtkosten <input type="checkbox"/> Rundfunkgebühren		
Sonstige Hinweise, Bemerkungen			

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei?

Ja Nein

Achtung: Ohne ausgefüllten, ärztlichen Fragebogen kann die Aufnahme nicht erfolgen!!!

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers oder Bevollmächtigte(r) / Betreuer/in