

Träger:
Christenserinnen gGmbH

Seniorenheim
„Haus Maria im Venn“

52224 Stolberg, Rainweg 36
Tel.: 02408 / 9750-0 Fax: 02408 / 9750-100

E-Mail: info@haus-maria-im-venn.de
Homepage: www.haus-maria-im-venn.de

CHRISTENSERINNEN
gemeinnützige Gesellschaft mbH



Senioren- und Pflegeheim
Haus Maria im Venn

Rainweg 36
52224 Stolberg



Samaritan

Samaritanerstr. 14
52222 Stolberg

Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

wohnhaft: _____

Telefon: privat _____ derzeitiger Aufenthalt: _____

(ggf. Krankenhausaufenthalt / Reha bis: _____)

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Angehörige / Bezugspersonen:

1) Name: _____ wie verwandt: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

2) Name: _____ wie verwandt: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

3) Name: _____ wie verwandt: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Ggf. gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreisen (z.B. Vermögenssorge):

Name: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Wirkungskreis: _____

Zuständiges Amtsgericht: _____

Generalvollmacht vorhanden:

ja

nein

Vorsorgevollmacht vorhanden:

ja

nein

Patientenverfügung vorhanden:

ja

nein

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Privat versichert: ja nein

Pflegegrad: Grad I Grad II Grad III Grad IV Grad V noch nicht erfolgt keine Pflege notwendig

Bitte beifügen: Kopie des Leistungs- oder Pflegestufenbescheides, Vollmachten und Bescheinigung für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI!

Kostenträger:

Selbstzahler(in) Antrag beim Sozialamt: ist bereits gestellt wird gestellt wird nicht gestellt

Sozialhilfe wird bereits bezogen

zuständiges Sozialamt: _____ Aktenzeichen: _____

gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Doppelzimmer möglich Doppelzimmer

Ergänzungen: _____

Zusatzvereinbarungen:

Leidet der Patient an einer ansteckenden Erkrankung gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) bzw. hat der Patient in der Vergangenheit an einer entsprechenden Erkrankung gelitten?

HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis (z.B. A, B)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tbc	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift der Aufzunehmenden

Unterschrift bei Stellvertretung/Betreuer