

in das
Hesse-Diederichsen-Heim

Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

1. die Richtigkeit aller gemachten Angaben.
2. daß mein Einkommen und Vermögen zur Bestreitung der Heimkosten ausreichen.
Falls nicht, ist vor der Heimaufnahme die Zustimmung des zuständigen Sozialhilfeträgers einzuholen.
Dieser Antrag auf Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt
..... unter dem Akt.-Z. ambeantragt.
3. daß eine Einstufung meiner Pflegebedürftigkeit, verbunden mit einer Heimpflegebedürftigkeit
(vollstationäre Pflege) durch den medizinischen Dienst meiner Pflegekasse (MDK), vorliegt.
4. daß ich darauf hingewiesen worden bin, daß die Einrichtung persönliches Eigentum nicht versichert.
5. mich einverstanden mit Regelung, daß nur maschinenwaschbare und trocknergeeignete Textilien mitgebracht werden dürfen.
6. daß mein behandelnder Arzt gegenüber der Heimleitung von der Schweigepflicht entbunden wird.
7. mich damit bereit, daß meine pflegerelevanten Daten in einer Pflegedokumentation geführt werden.
8. mich damit einverstanden, daß mein Aufnahmeantrag nach sechs Monaten verfällt, wenn ich nicht vorher dem Heim die weitere Aufrechterhaltung des Antrages mitteile.
9. daß mir bekannt ist, daß mein Aufnahmeantrag ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden kann.
10. daß ich folgende Personen bevollmächtige, sämtliche Abrechnungen mit der Einrichtung vorzunehmen.

▲ Name
▲ Vorname
▲ Str./Nr.
▲ PLZ/Ort
▲ Telefon

▲ Name
▲ Vorname
▲ Str./Nr.
▲ PLZ/Ort
▲ Telefon

Der ärztliche Fragebogen und Einstufungsbescheid des MDK sind mit diesem Antrag abzugeben.

Ich akzeptiere die Heimordnung des Hesse-Diederichsen-Heims in der gültigen Fassung.

▲ Ort, Datum

▲ Unterschrift des Antragstellers/aufzunehmenden Bewohners

in das
Hesse-Diederichsen-Heim

A. Antragsteller/-in/Bewohner/-in:

▲ Name

▲ Geburtsname

▲ Vorname

▲ Geburtsdatum

▲ Geburtsort

▲ Staatsangehörigkeit

▲ Familienstand

▲ Konfession

▲ Berufsangabe

▲ Krankenkasse/Vers.-Nr.

▲ Pflegestufe

Anschrift:

▲ Str./Nr.

▲ PLZ/Ort

▲ Telefon-Nr.

B. Angaben zum Ehepartner:

▲ Name

▲ Geburtsname

▲ Vorname

▲ Berufsangabe

▲ Str./Nr.

▲ PLZ/Ort

C. Angehörige:

▲ Name

▲ Geburtsname

▲ Vorname

▲ Name

▲ Geburtsname

▲ Vorname

Anschrift:

▲ Str./Nr.

▲ PLZ/Ort

▲ Telefon-Nr.

▲ Str./Nr.

▲ PLZ/Ort

▲ Telefon-Nr.

D. Pfleger/-in/Betreuer/-in:

▲ Name

▲ Vorname

Anschrift:

▲ Str./Nr.

▲ PLZ/Ort

▲ Telefon-Nr.

E. Hausarzt:

▲ Name

▲ Vorname

Anschrift:

▲ Str./Nr.

▲ PLZ/Ort

▲ Telefon-Nr.

F. Privat-Haftpflicht-Versicherung:

- () Nein, besteht nicht.
() Ja, besteht bei _____

(bitte Name der Versicherung und Vers.Nr. eintragen)