



SILOAH
Haus
Maihalden

Adolf-Merkel-Str.5, 75179 Pforzheim

Tel 07231/9445-0 Fax 07231/9445-40

maihaelden@siloh.de

www.siloh.de

Vermerke:

Eingang:

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einreichen!)

Die Fragen bitte nach bestem Wissen und Gewissen beantworten! Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Familienname (bei Frauen auch Geb.Name)	
Vorname(-n), Rufname bitte unterstreichen	
Adresse (Hauptwohnsitz)	Strasse:
	Plz/Ort:
	Strasse:
	Plz/Ort:
Derzeitiger Aufenthalt (s.o. bzw. in welchem Krankenhaus / welcher Einrichtung)	
Geburtsort (mit Kreis und/oder Staat)	
Geburtstag	
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Angehöriger 1	Name:
Tel.Nr.:	Strasse:
Mobil:	Plz/Ort:
Email:	Verwandtschaftsgrad:
Angehöriger 2	Name:
Tel.Nr.:	Strasse:
Mobil:	Plz/Ort:
Email:	Verwandtschaftsgrad:
Angehöriger 3	Name:
Tel.Nr.:	Strasse:
Mobil:	Plz/Ort:
Email:	Verwandtschaftsgrad:
Krankenkasse	
Mitgliedsnummer	
Versicherungsverhältnis	
Sonstige Kostenträger (z.B. Beihilfe)	

Bevollmächtigte(-r) bzw. BetreuerIn (bitte Kopie der Urkunde/des Ausweises beifügen) Tel.Nr.	Name: Strasse: Plz/Ort:	
Hausarzt/-ärztin Tel.Nr.	Name: Strasse: Plz/Ort:	
Über welches monatliche Einkommen verfügt der/die Aufzunehmende?		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EURO
Das Entgelt für den Heimaufenthalt wird aufgebracht durch (Bitte ankreuzen):		
<input type="checkbox"/> 0	das oben angeführte, monatliche Einkommen	
<input type="checkbox"/> 0	Leistungen der Pflegeversicherung in Grad	(Bitte Pflegegrad eintragen!)
<input type="checkbox"/> 0	Leistungen der Pflegeversicherung beantragt	
<input type="checkbox"/> 0	Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, sonst. Bankguthaben)	
<input type="checkbox"/> 0	Sonstige Zahlungen von	
<input type="checkbox"/> 0	das zuständige Sozialamt in	(bitte angeben!)
Welche Form des Aufenthalts wird gewünscht?(Bitte ankreuzen):		
<input type="checkbox"/> 0	Einzelzimmer Pflegeheim	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 0	Doppelzimmer Pflegeheim(nur für den Anfang)	<input type="checkbox"/> 0
		Betreutes Wohnen
		Kurzzeitpflege
Wann soll die Aufnahme erfolgen?		Termin:
Frühere Aufenthalte (in Heimen, Tagespflegestätten o.ä.):		
Wer stellt den vorliegenden Aufnahmeantrag (Bitte ankreuzen):		
<input type="checkbox"/> 0	Der Aufzunehmende selbst	
<input type="checkbox"/> 0	Andere (Adresse, Tel.Nr.)	
Liegt eine Patientenverfügung vor?		
<input type="checkbox"/> 0	Ja	<input type="checkbox"/> 0
	(bitte im Rahmen der Aufnahme vorlegen)	Nein
Gibt es sonstige Regelungen (z.B. Bestattungsvorsorgeverträge o.ä.)?		
Ort und Datum	Unterschrift des Antragstellers	