

Aufnahmeantrag



Am Hahnenkamp 6c · 28325 Bremen
Tel 0421-42 11 66 · Fax 0421-42 98 52
Mail: info@haus-der-blinden.de

Erstgespräch am: _____ Eingangsdatum: _____

Name (Geburtsname) _____ Vorname _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____

Konfession _____ Familienstand _____ Staatsangehörigkeit _____

Adresse _____

Telefon _____

Kontaktdaten der nächsten
Angehörigen bzw. Bezugspersonen

Wurden Vollmachten erteilt? Ja, an _____

Ist eine rechtliche Betreuung eingerichtet? ja nein

Kontaktdaten des Betreuers

Kranken- und Pflegekasse _____ Versichertennummer _____

Bisheriger Hausarzt

weitere Betreuung in der Einrichtung möglich? _____

Art der Seheinschränkung? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Erhalten Sie bereits Leistungen aus der Pflegekasse?
Wenn ja, welchem Pflegegrad sind Sie zugeordnet? _____

Haben Sie bereits einen Antrag auf vollstationäre Pflege gestellt? ja nein

Können Sie den Eigenanteil an den Heimkosten aus
eigenem Einkommen oder Vermögen selber zahlen? ja nein
(bei Rückfragen hierzu wenden Sie sich bitte an die Heimleitung)

Welche Möbel möchten Sie mitbringen? _____

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen _____

_____, den _____

Unterschrift