



Diakoniewerk der
Evangelisch-Freikirchlichen
Gemeinden im Landesverband
NRW e.V.

Weltersbach 9
42799 Leichlingen
Tel. 0 21 74 73 07-0
Tel. 0 21 74 73 07-22 Frau Jakobs

D i a k o n i e W e r k
PILGERHEIM WELTERSACH

Fax 0 21 74 73 07-18
Email: b.jakobs@weltersbach.org

Anmeldung zur Aufnahme ins Pilgerheim Weltersbach vollstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten "Ärztlichen Fragebogen" einreichen)

1. Name, Vorname

Geburtsname

Meldeadresse: Straße

PLZ, Ort

Telefon

Mail

2. Derzeitiger Aufenthalt

(Angehörigen/Krankenhaus/
Pflegeheim)

3. Geburtsdatum

-ort

4. Staatsangehörigkeit

5. Konfession

6. Familienstand

7. zuletzt ausgeübter Beruf

8. Name des Ehegatten/Lebenspartners

9. Eheschließung: Datum und Ort

ja nein

10. Bestand oder besteht eine eheähnliche Gemeinschaft

ja

11. Sterbestag/ -ort des Ehegatten

12. Bezugsperson 1

Name _____
 Anschrift _____
 Telefon _____
 Mail _____

- amtl. Betreuer/in Tochter/Sohn Schwester/Bruder Enkel/in
 Vollmacht Nichte/Neffe Cousin/e _____

13. Bezugsperson 2

Name _____
 Anschrift _____
 Telefon _____
 Mail _____

- amtl. Betreuer/in Tochter/Sohn Schwester/Bruder Enkel/in
 Vollmacht Nichte/Neffe Cousin/e _____

14. Bezugsperson 3 _____

Name _____
 Anschrift _____
 Telefon _____
 Mail _____

- amtl. Betreuer/in Tochter/Sohn Schwester/Bruder Enkel/in
 Vollmacht Nichte/Neffe Cousin/e _____

15. Bezugsperson 4

Name _____
 Anschrift _____
 Telefon _____
 Mail _____

- amtl. Betreuer/in Tochter/Sohn Schwester/Bruder Enkel/in
 Vollmacht Nichte/Neffe Cousin/e _____

16. Anzahl der Kinder keine eins zwei drei oder Anzahl _____

17. Krankenkasse / Pflegekasse

(Name/Anschrift/Vers.-Nr.) _____

8. Pflegegrad

- Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

länger als 6 Monate: ja nein (Erstinstufung ab _____)

19. zusätzl. Betreuungsleistungen

- ja nein

20. Patientenverfügung

- ja nein

21. Hausarzt

(Name/Anschrift/Telefon)

22. Facharzt für

- Neurologie Orthopädie Psychotherapie Psychiatrie

(Name/Anschrift/Telefon)

23. Schwerbehindertenausweis

- ja nein

(Versorgungsamt, Grad der Behinderung)

24. Monatliches Einkommen (bitte vollständig angeben)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Aktueller Betrag (netto)

25. Kostenträger

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- das oben angeführte Einkommen
- Zuzahlung aus dem Barvermögen
- Zahlungen von Pflegegeld nach dem SGB XI

Zahlungen von Beihilfe Beihilfestelle _____

Zahlungen von _____

das zuständige Sozialamt in _____

26. Gewünschte Unterbringung

- Kurzzeitpflege Heimaufnahme

27. Hilfsmittel

- Rollator Rollstuhl Sauerstoffgerät Sonstiges _____

28. Aus welchen Gründen wird die Aufnahme gewünscht?

29. Gewünschtes Aufnahmedatum

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei wird umgehend nachgereicht.

Ort und Datum

Unterschrift des Aufnahmesuchenden/Bevollmächtigten/Betreuers