

# Gute Hoffnung leben

## Anmeldung zur Heimaufnahme

**Bitte ankreuzen!**

- Vollstationäre Pflege ab \_\_\_\_\_
- Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Verhinderungspflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung Name: _____	<input type="checkbox"/> Krankenhaus Name: _____
	Straße, Haus-Nr.: _____		
	PLZ: _____		Ort _____
	Telefon: _____		Fax: _____

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

### Kontaktperson/ Ansprechpartner

<b>1. Person</b>	Vorname: _____	Nachname: _____
	Straße, Haus-Nr.: _____	
	PLZ, Ort: _____	
	wie verwandt: _____	
	Telefon-Nr.: _____	
	1) _____	2) _____
	Mobil: _____ Dienst-Nr.: _____	
	E-Mail-Adresse: _____	

Dok.-Nr.	Revision	Version	Wiedervorlage	Seite
FO-5088	001/09.2024	01.09.2024	08.09.2026	1 von 5

<b>2. Person</b>	Vorname:		Nachname:	
	Straße, Haus-Nr.:			
	PLZ, Ort:			
	wie verwandt:			
	Telefon-Nr.:		2)	
	1)			
	Mobil:		Dienst-Nr.:	
E-Mail-Adresse:				
<b>3. Person</b>	Vorname:		Nachname:	
	Straße, Haus-Nr.:			
	PLZ, Ort:			
	wie verwandt:			
	Telefon-Nr.:		2)	
	1)			
	Mobil:		Dienst-Nr.:	
E-Mail-Adresse:				

Betreuung beantragt am: \_\_\_\_\_ zuständiges Amtsgericht: \_\_\_\_\_

Betreuungsverfügung vorhanden:  ja  nein

Vorsorgevollmacht vorhanden:  ja  nein

Generalvollmacht vorhanden:  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden:  ja  nein

---

Name und Anschrift der Krankenkasse

Telefon:

Fax:

---

Vers.-Nr.:

Dok.-Nr.	Revision	Version	Wiedervorlage	Seite
FO-5088	001/09.2024	01.09.2024	08.09.2026	2 von 5

Wurde bereits ein Antrag auf einen Pflegegrad gestellt? ja  nein

Wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Bewilligter Pflegegrad: 1  2  3  4  5  noch kein Pflegegrad

Hausarzt	
Name:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:

Welche Diagnosen sind bekannt und seit wann?

Diagnosen	seit wann

Besondere Beaufsichtigung wegen.....
--------------------------------------

		keine	gelegentlich	häufig	ständig
Desorientierung	zeitlich				
	örtlich				
	zur Person				
	situativ				
Weglaufgefahr					
Antriebsstörungen					

Dok.-Nr.	Revision	Version	Wiedervorlage	Seite
FO-5088	001/09.2024	01.09.2024	08.09.2026	3 von 5

Erregungs-/ Unruhezustände				
Fremdgefährdung				
Selbstgefährdung/ Suizid tendenz				
Ängste				
Depressionen				
Sonstiges: _____				

**Benötigte Hilfsmittel des Antragstellers**

Hilfsmittel	Eigentum oder Leihgerät von	Typenbezeichnung
Brille/ Kontaktlinsen		
Zahnprothese		
Arm-/ Beinprothesen		
Hörgerät		
Rollstuhl		
Rollator		
Sauerstoffgerät		

Die monatlichen Heimkosten nach Abzug der Pflegekasse werden finanziert durch:

Rente

Rentenart	Betrag

Dok.-Nr.	Revision	Version	Wiedervorlage	Seite
FO-5088	001/09.2024	01.09.2024	08.09.2026	4 von 5

QM-Handbuch Seniorenzentrum Gute Hoffnung leben Oberhausen gGmbH	Mitgeltende Unterlagen / Formulare 11.7.3 FO Anmeldung zur Heimaufnahme
---	--

- Vermögen
- Pflegegeld bzw. Leistungen des Sozialamtes

Wurde bereits ein Antrag auf Kostenübernahme zur Deckung der Heimkosten beim örtlichen Sozialamt gestellt?

ja       nein      Wenn ja, zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

---

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden? \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen und wurden von mir wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Sollte dieser Antrag seine Gültigkeit verlieren, teile ich dieses kurz mit. Der Antrag wird dann von der Einrichtung aus der Warteliste entfernt und ordnungsgemäß entsorgt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden  
(bei nicht Personengleichheit d. Antragstellers)

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Dok.-Nr.	Revision	Version	Wiedervorlage	Seite
FO-5088	001/09.2024	01.09.2024	08.09.2026	5 von 5