

## Wir nehmen uns Zeit für Ihre Beratung!

### 11. Gründe für die Heimaufnahme:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Anmeldung ausgefüllt von

aufgenommen durch

Rund um das Heimaufnahmeverfahren ergeben sich für Sie viele Fragen! Wir beraten Sie gerne und umfassend. Einen Beratungstermin können Sie unter folgenden Telefonnummern vereinbaren:

Wesel:

**Nikolaus-Stift**

Tel.: 0281 33840-0

**Martinistift**

Tel.: 0281 33841-0

**St. Lukas**

Tel.: 0281 163990-0

**St. Christophorus**

Tel.: 0281 15498-0

**St. Elisabeth**

Tel.: 02855 9642-0

**Die Heimplatzvergabe wird zentral in der Senioreneinrichtung Nikolaus-Stift koordiniert.**

Emmerich / Rees:

**Willikensoord**

Tel.: 02822 712-0

**St. Augustinus**

Tel.: 02822 73-3002

**Agnes-Heim**

Tel.: 02851 79-0

**St. Joseph**

Tel.: 02851 58968-0

**Die Heimplatzvergabe wird zentral in der Senioreneinrichtung Willikensoord koordiniert.**

## Anmeldung zur Heimaufnahme

- vollstationäre Pflege       akut       Einzelzimmer  
 Kurzzeit- /Verhinderungspflege       vorsorglich       Doppelzimmer

### Senioreneinrichtungen Wesel

- Nikolaus-Stift**      Wilhelm-Ziegler-Straße 21, 46483 Wesel
- Martinistift**      Martinistraße 6-8, 46483 Wesel
- St. Lukas**      Springendahlstraße 6, 46483 Wesel
- St. Christophorus**      Wilhelmstraße 4, 46562 Voerde
- St. Elisabeth**      Elisabethstraße 10, 46562 Voerde

### Senioreneinrichtungen Emmerich / Rees

- Willikensoord**      Willikensoord 1, 46446 Emmerich am Rhein
- St. Augustinus**      Willibrordstraße 15, 46446 Emmerich am Rhein
- Agnes-Heim**      Gouverneurstraße 9, 46459 Rees
- St. Joseph**      Hospitalstraße 3, 46459 Rees-Millingen

### 1. Persönliche Angaben

Vor-, Zuname

ggf. Geburtsname

Anschrift

Telefon

Geburtsort

Geburtsdatum

Konfession

Familienstand

Staatsangehörigkeit

## 2. Derzeitiger Aufenthalt

eigene Wohnung, Anschrift siehe Punkt 1

\_\_\_\_\_

## 3. Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

Wie viele Tage? \_\_\_\_\_

## 4. Bezugspersonen

bitte Namen, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail und Verwandtschaftsgrad angeben!

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Betreuung / Vollmacht

ist / wird angeregt  besteht bereits

Notwendigkeit nicht geklärt

Betreuerin / Betreuers / Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Wirkungskreis der Betreuung \_\_\_\_\_

## 6. Hausärztin / Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. Erster Ansprechpartner

1. Bezugsperson (siehe Punkt 4)

Betreuung (siehe Punkt 5)

## 9. Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stellen	Betrag in € / Monat
Renten	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
weitere Einkünfte	_____	_____
	_____	_____

## 10. Finanzierung

### Pflegeversicherung

Ein Antrag auf Pflegeleistungen wurde gestellt

### Es wurden bereits von der Pflegekasse

keine Leistungen gewährt

Leistungen in der Höhe des Pflegegrades \_\_\_\_\_ gewährt

Antrag auf Überprüfung des Pflegegrades ist gestellt.

### Selbstfinanzierung durch Rente und Barvermögen

### Immobilienbesitz

Anstehende Veräußerung

Mieteinnahmen

### Sozialamt

Ein Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_

wurde bereits gestellt

wird umgehend gestellt