

# Anmeldung zur vollstationären Heimaufnahme



ab \_\_\_\_\_

Johanneshaus Nierstein GmbH  
Gutenbergstraße 13  
55283 Nierstein  
Telefon 0 61 33 960-0  
Telefax 0 61 33 960-111  
info@johanneshaus-nierstein.de  
www.johanneshaus-nierstein.de

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

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

Adresse der Krankenkasse \_\_\_\_\_ Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthaltsort \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_  
(z. B. Krankenhaus, Klinik, andere Adresse, usw.)

Rezeptgebührenbefreiung?  ja  nein

Wurden Leistungen der Pflegeversicherung beantragt  ja  nein  
(Hinweis: Bei Ihrer zuständigen Pflegekasse/Krankenkasse)

Liegt bereits eine anerkannte Pflegebedürftigkeit vor  ja  nein  
(Hinweis: Überprüfung/Einstufung durch die Pflegekasse)

Stufe  0  1  2  3

Bitte legen Sie eine Kopie dem Antrag bei  oder reichen Sie diese nach

## Kostenübernahme

Selbstzahler

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Sozialhilfe

Sozialhilfeträger, Adresse des Sozialhilfeträger (siehe Anlage Sozialhilfe)

## Angehörige



1) Name                      Vorname                      wie verwandt

Straße                      PLZ/Ort                      Telefon

2) Name                      Vorname                      wie verwandt

Straße                      PLZ/Ort                      Telefon

3) Name                      Vorname                      wie verwandt

Straße                      PLZ/Ort                      Telefon

Besteht eine Vollmacht / gesetzliche Betreuung                       ja                       nein

Wer ist Bevollmächtigter / gesetzlicher Betreuer? (Bitte legen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises / der Vollmacht bei)

Name                      Vorname                      wie verwandt

Straße                      PLZ/Ort                      Telefon

## Aufgabenkreis des Bevollmächtigten / Betreuers

Gesundheitliche Maßnahmen                       Finanzen                       Aufenthaltsbestimmung

Sonstige \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse

Name                      Vorname

Straße                      PLZ                      Ort

## Raum für Ergänzungen

---

---

Ort, Datum

Unterschrift