



**Alten- und Pflegeheim Langendamm
der Geschwister Anna und Diederich-
Bremer-Stiftung**

Torhegenhausstr. 48
26316 Varel
Tel. 04451 / 9999 300
Fax 04451 861 666

Aufnahmeantrag

Name _____

Geburtsname _____

Vorname _____

geboren am _____

Geburtsort _____

Familienstand _____

Religionszugehörigkeit _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Telefonnummer _____

Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 1 2 3 4 5 **liegt vor.**

Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit wurde gestellt: ja nein

Es wird zunächst Kurzzeitpflege vom _____ bis _____ beantragt.

Hausarzt:

Name _____

Anschrift _____

Diagnosen _____

Krankenversicherung: besteht ja nein

Name Krankenversicherung _____

Anschrift _____

Mitgliedsnummer _____

Bei Anspruch auf Beihilfe:

Name, Anschrift Beihilfekasse _____

mtl. Beihilfe _____

Sozialhilfe: Bezug von Leistungen eines Sozialhilfeträgers ja nein

Name des Trägers _____

Anschrift _____

Ein Antrag auf die Übernahme ungedeckter Heimkosten wird beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt: ja nein

Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner:

(nur bei Familienstand „verheiratet“ bzw. Lebensgemeinschaft)

Name, Vorname _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Telefonnummer _____

Email-Adresse: _____

Sonstige Angehörige:

Verwandtschaftsgrad	Name	Anschrift	Email-Adresse	Telefonnummer

Rechnungen und sonstige Schreiben sollen an Herrn/Frau
_____ **gesandt werden.**

Versorgungsvollmacht / Patientenverfügung:

Ich habe eine Versorgungsvollmacht ja nein
Patientenverfügung ja nein verfasst.

Betreuung:

Vom Vormundschaftsgericht ist ein Betreuer bestellt ja nein

Aufgabenkreis _____
Vormundschaftsgericht _____
Name des Betreuers _____
Postleitzahl, Wohnort _____
Straße, Hausnummer _____
Telefonnummer _____

Die Vollständigkeit und die Richtigkeit der vorstehenden Angaben werden bestätigt.

.

Varel, _____
(Datum)

(Unterschrift des Antragstellers
bzw. des Bevollmächtigten)

Zusätzliche Angaben bei Aufnahme – Angaben von Heimleitung

evtl. Aufenthaltsort vor Heimaufnahme:

Pflegeheim Krankenhaus

Pflegeheim _____

Anschrift _____

Zeitraum _____

Krankenhaus _____

Anschrift _____

Zeitraum _____

Aufnahmedatum

Alten- und Pflegeheim Langendamm : _____

Zimmer-Nr.: _____

Inkontinenzartikel werden benötigt: ja nein
(äztl. Verordnung!)

Varel, _____
Datum

(Heimleiter bzw. Vertreter)