



**Haus am Buchenhain**  
 Evangelisches Altenheim  
 Gemeinnützige GmbH  
 Forststraße 8  
 D-41239 Mönchengladbach

Wird vom Haus am Buchenhain ausgefüllt	
Eingegangen am	<input type="text"/>
Anmeldenummer	<input type="text"/>
Vertragsdatum	<input type="text"/>
Zimmernummer	<input type="text"/>
Art	KZP <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/>

## Anmeldung zur Aufnahme

<b>Persönliche Daten des Aufzunehmenden</b>	Name	geborene		
	Straße, Hausnummer	Telefon		
	PLZ	Ort	Telefon	
	Geburtsdatum	Geburtsort (lt. Personalausweis)		
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit	
<b>Krankenkasse / Pflegekasse</b>	Name	Vers.-Nr.		
	Pflegestufe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/>	Einstufung (0 bis IV)	
	Liegt die „Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug“ des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse vor?			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/>
<b>Gewünschte Unterbringung</b>	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	KZP <input type="checkbox"/>	gewünschter Termin
	Beschützter Bereich <input type="checkbox"/> Offener Bereich <input type="checkbox"/>			
	Anmerkungen zur Unterbringung			
<b>Hauptansprechpartner</b>	Name	Beziehungsgrad		
	Straße, Hausnummer	Telefon		
	PLZ	Ort	Mobil	
	E-Mail	Tel. dienstl.		
	Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/>			

### Haus am Buchenhain

Gemeinnützige GmbH, Evangelisches Altenheim  
 Forststraße 8 · D-41239 Mönchengladbach · Tel. (02166) 93 93 · Fax (02166) 939-515  
 info@haus-am-buchenhain.de · www.haus-am-buchenhain.de



### Heimfinanzierung

Monatliches Einkommen (z.B. Rente)	Summe
Sparguthaben <input type="checkbox"/> Grundbesitz <input type="checkbox"/>	Summe
Werden Sozialhilfeleistungen benötigt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?	
Ist der / die Aufzunehmende beihilfeberechtigt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### Hausarzt

Name	
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ Ort	Mobil
E-Mail	

### Weitere Ansprechpartner

Name	Beziehungsgrad
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ Ort	Mobil
E-Mail	Tel. dienstl.

### Weitere Ansprechpartner

Name	Beziehungsgrad
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ Ort	Mobil
E-Mail	Tel. dienstl.

### Besonderheiten


**Ein Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung und der Vorlage einer aktuellen Pflegeüberleitung möglich. Wir beraten Sie gerne!**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers  
oder rechtlichen Vertreters

Unterschrift des Aufzunehmenden  
(nur, wenn nicht Personengleichheit)