

## Anmeldung zum Einzug ins Ragoczy-Stift

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.	
1. Zuname: (Familiename, bei Frauen auch den <b>Geburtsnamen</b> angeben)	
2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)	
3. Wohnung: (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
4. Nebenwohnung: (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
5. Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?	_____ (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)
Annahmetag: _____, _____, _____	Aufnahmegrund: _____
6. Geburtsdaten: (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben)	am: _____ in: _____
7. Familienstand:	8. Konfession:
9. Staatsangehörigkeit:	
10. Angehörige:	
a) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)
Telefon _____	E-Mail-Adresse _____
b) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)
Telefon _____	E-Mail-Adresse _____
c) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)
Telefon _____	E-Mail-Adresse _____
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)	

11. Betreuer:	
(Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen)	(Vor- und Zuname)
	(Straße und Hausnummer)
12. Impfstatus (Beim Einzug den Impfnachweis vorlegen): _____	
13. Krankenkasse:	
14. Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welcher? ____; ab ____. ____. _____	
15. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat)	
16. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:	
17. Zuzahlungsbefreit:	bei Arzneimitteln: bei Kuren, Transporten, Physiotherapie:
18. Name des Hausarztes:	Dr.: Anschrift:
19. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)	
20. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffende bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
21. Termin: (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)	
22. Diät notwendig? (Welche? Warum?)	
23. Frühere Unterbringung: (In einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grunde dort ausgeschieden?)	
24. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?	

<p>25. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?</p>	<p>_____</p> <p>(Vor- und Zuname)</p> <p>_____</p> <p>(Straße und Hausnummer)</p> <p>_____</p> <p>(In welcher Eigenschaft?)</p>
<p>26. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:</p>	
<p>Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.</p> <p>Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers: _____</p> <p>Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden: _____</p> <p><b>Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.</b></p>	
<p>Für Vermerke des Heims:</p> <p style="text-align: center;"><b>Zum Einzug wird ein aktuelles negatives Testergebnis zu Covid-19 benötigt.</b></p> <p><b>Anlagen:</b>     aktuelle Entgeltliste                          Informationsblatt                          <b>ärztlicher Fragebogen – wird spätestens ein Tag vor dem Einzug benötigt-</b>                          <b>Kurzanamnesebogen – wird spätestens ein Tag vor dem Einzug benötigt-</b></p>	

Von-Dassel-Straße 4, 51580 Reichshof-Eckenhagen  
 Telefon 02265-99 24-0, Fax 02265-99 24-20, [www.ragoczy-stift.de](http://www.ragoczy-stift.de)  
 Geschäftsführung Heiko Zellner