

Anmeldung zum Einzug ins Ragoczy-Stift

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.		
1. Zuname: (Familienname, bei Frauen auch den Geburtsnamen 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: ☐ ja ☐ 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) ☐ Einzelzimmer ☐ 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?	

25. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?	(Vor- und Zuname) (Straße und Hausnummer) (In welcher Eigenschaft?)
26. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:	
Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	
Datum:	Unterschrift des Antragstellers: Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden:
Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.	
Für Vermerke des Heims: Wenn in Ihrer häuslichen Umgebung eine Versorgung über den Palliativpflegedienst (SAPV) erfolgt, bitten wir Sie um eine Mitteilung.	
Anlagen:	aktuelle Entgeltliste Informationsblatt ärztlicher Fragebogen – wird spätestens ein Tag vor dem Einzug benötigt- Kurzanamnesebogen – wird spätestens ein Tag vor dem Einzug benötigt-

Von-Dassel-Straße 4, 51580 Reichshof-Eckenhagen
 Telefon 02265-99 24-0, Fax 02265-99 24-20, www.ragoczy-stift.de
 Geschäftsführung Heiko Zellner