

# Bienengarten

Alten- und Pflegeheim, Westliche Ringstr. 5, 85049 Ingolstadt  
Tel. 0841 / 888-1 Fax 0841 / 888-210  
@mail: bienengarten@dw-in.de

## Vormerkung/Anmeldung

### für die Aufnahme in das Alten- und Pflegeheim Bienengarten

- zur **VOLLSTATIONÄREN PFLEGE**  Apartmenthaus (Rüstigenbereich)  
 zur **KURZZEITPFLEGE**  Pflegewohnbereich (Pflegebereich)  
 Kurzzeitpflege bereits bei der Pflegekasse beantragt  Probewohnen im Apartment (Rüstige)

## Vormerkung/Anmeldung

### für das Seniorenzentrum Stinnesstraße

- zur **PFLEGE**  Wohnen (Service)

Ich bitte um Aufnahme in das Evang. Alten- und Pflegeheim Bienengarten:

\_\_\_\_\_  
Familienname, Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

Umzug von einem anderen Heim

\_\_\_\_\_  
Name des vorherigen Heimes

Gesetzlicher Betreuer vorhanden  ja (Kopie bitte vorlegen)  nein

Vorsorgevollmacht vorhanden  ja (Kopie bitte vorlegen)  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja (Kopie bitte vorlegen)  nein  
(bei Interesse sprechen Sie uns einfach an)!

**Familienstand:**  verheiratet  verwitwet  ledig  geschieden

**Konfession:**  Evangelisch  Katholisch  \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:**  keiner  beantragt

Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

\_\_\_\_\_  
Gesundheitliche Einschränkungen, Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse (Name, Adresse)

ich bin Privat versichert  Ich bin Beihilfe berechtigt (z.B. nach Beamtenrecht)

Ein aktueller Arztbrief mit dem derzeitigen Medikamentenplan ist beizufügen

**Wann wird die Aufnahme gewünscht?**  sofort  später  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Bitte kontaktieren Sie uns 1x jährlich, wenn Sie später angekreuzt haben und teilen Sie uns mit, ob die Anmeldung aufrecht erhalten werden soll)

 **Bitte wenden** 

Anschrift des  Angehörigen oder  gesetzlichen Betreuers

\_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**Wer soll zur Abstimmung der Aufnahme angerufen werden?**

Zukünftiger Bewohner     Angehöriger     gesetzlicher Betreuer

**Zimmerwunsch:**

Apartment     Einzelzimmer     Zweibettzimmer     Dreibettzimmer

Ich beziehe:

Altersrente	monatlich EUR _____
Witwenrente	monatlich EUR _____
Pension	monatlich EUR _____
Unterhaltshilfe	monatlich EUR _____
Sonstige Einkünfte	monatlich EUR _____

Wer kommt für die durch eigene Bezüge nicht gedeckten Pflegekosten auf?

\_\_\_\_\_  
 Ich bin auf Sozialhilfe angewiesen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift