



METZGER
GUTJAHR
STIFTUNG E.V.

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME / KURZZEITPFLEGE

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einreichen)

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Straße _____

PLZ/Ort _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: ledig

verheiratet seit - Ort der Eheschließung

verwitwet seit: _____

geschieden seit: _____

Beruf: _____

Konfession: _____ Nationalität: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____
(bitte nur, wenn vom Wohnort abweichend)

Betreuer/in: Haben Sie eine/n durch das Vormundschaftsgericht bestellte/n Betreuer/in ?

ja nein

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

_____ Tel: _____

Ist derzeit eine Betreuung beim Vormundschaftsgericht beantragt?

ja nein

Metzger-Gutjahr-Straße 8
79312 Emmendingen
Vorstand: Michael Kreis
Aufsichtsratsvorsitz: Werner Schulz

Telefon 07641 581 -0
Telefax 07641 581 -100
info@metzger-gutjahr.de
www.metzger-gutjahr.de

Evangelische Bank
DE70 5206 0410 0000 5062 49
BIC: GENODEF1EK1
Registergericht Freiburg (VR 26002)

Kontaktadressen: Nennen Sie bitte - wenn möglich - zwei Kontaktadressen

1. Name, Vorname: _____

Wie verwandt oder bekannt: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Mail-Adresse: _____

2. Name, Vorname: _____

Wie verwandt oder bekannt: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Mail-Adresse: _____

Rechnungsempfänger: _____

Hausarzt: Geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes an:

Zahnarzt: Geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Zahnarztes an:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? KV-Nr. _____

Name/Anschrift: _____

Beihilfeberechtigt: nein ja

Rezeptgebührenbefreit: nein ja (Bei Einzug Ausweis vorlegen)

Sind Bettgitter oder sonstige freiheitsbeschränkenden Maßnahmen notwendig?
 ja nein (falls ja bitte bringen Sie mit dem Einzug ein ärztl. Attest hierüber mit)

Kosten: Wie finanzieren Sie die Heimkosten?
Durch eigenes Einkommen/Vermögen
Wurden bereits Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt?
 ja nein gestellt am: _____
Liegt ein Bescheid vor ja nein
wenn ja Pflegegrad _____
Durch Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge
Wurde bereits ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt?
 ja nein
bei: _____ in: _____

Datum/Ort

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit
Unterschrift des Aufzunehmenden