

Bahnstrasse 67
 53894 Mechernich
 Telefon-Nr.: 02443 - 3160
 Telefax-Nr.: 02443 - 3160 - 5400



Carl Kreuser jr.
 STIFTUNG
 „Kein Heim, sondern ein Zuhause!“

Persönliche Angaben bei Heimeinzug

Diese Selbstauskunft dient der Erfassung der persönlichen Daten zur elektronischen Datenverwaltung durch das Heimverwaltungssystem und zur Erstellung der Heimkostenabrechnung.

Name:	
Geburtsname:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Wohnort vor Heimeinzug:	

Familienstand		Konfession		Staatsangehörigkeit	
---------------	--	------------	--	---------------------	--

Beruf	
-------	--

Pflegestufe	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> keine
-------------	----------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

Ausweispapiere	in Kopie beiliegend:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------	----------------------	-----------------------------	-------------------------------

Personalausweis Nr.:	
Reisepass Nr.:	

Angaben zum Einzug

Grund für den Einzug:	
Einzugstermin:	
Unterbringung:	

Betreuung:

Name:	
Anschrift:	
Telefon Nummer:	

Bestellung:	Ausstellendes Amtsgericht
	Aufgabenkreise:
	Betreuerausweis vom: gültig bis:
	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kontaktperson:	für Benachrichtigung durch die Pflegeeinrichtung
Name:	
Anschrift:	
Telefon Nummer:	
Bezug:	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sonstige

Weitere Bezugspersonen	
Name:	
Anschrift:	
Telefon Nummer:	
Bezug:	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sonstige

Name:	
Anschrift:	
Telefon Nummer:	
Bezug:	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sonstige

Name:	
Anschrift:	
Telefon Nummer:	
Bezug:	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sonstige

ÄRZTLICHE BETREUUNG

Name:	
Fachrichtung:	
Anschrift:	
Telefon Nummer:	

Name:	
Fachrichtung:	
Anschrift:	
Telefon Nummer:	

Name:	
Fachrichtung:	
Anschrift:	
Telefon Nummer:	

Angaben zu Befreiungen

Arzneimittelbefreiung:	von:	bis:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rundfunkgebührenbefreiung:	von:	bis:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefongebührenbefreiung:	von:	bis:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Bestattungsvorsorge

Bestattungsvorsorge:	Institut:
	Art der Bestattung:

Versicherungen

Krankenversicherung	Anschrift:
	Mitglieds-Nr.:

Beihilfeversicherung	Anschrift:
	Mitglieds-Nr.:

Haftpflichtversicherung	Anschrift:
	Mitglieds-Nr.:

Einkünfte

gesetzliche Rentenversicherung	Anschrift: Rentenversicherungs-Nr.: Rentenbescheid vom:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------------------------------	---	--

Versorgungsrente	Anschrift: Rentenversicherungs-Nr.: Rentenbescheid vom:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
------------------	---	--

betriebliche Rentenversicherung	Anschrift: Rentenversicherungs-Nr.: Rentenbescheid vom:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------	---	--

Sonstige <input type="checkbox"/> Berufs-/Erwerbsunfähigkeits.	Anschrift: Rentenversicherungs-Nr.: Rentenbescheid vom:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---	--

Sonstige <input type="checkbox"/> Unfallrente	Anschrift: Rentenversicherungs-Nr.: Rentenbescheid vom:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---	--

Sonstige <input type="checkbox"/> Waisenrente	Anschrift: Rentenversicherungs-Nr.: Rentenbescheid vom:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---	--

Sonstige <input type="checkbox"/> Beamtenansprüche	Anschrift Rentenversicherungs-Nr.: Rentenbescheid vom:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--	--

Kindererziehungsleistungen	<input type="checkbox"/> Ja, inbegriffen in Rentenbescheid _____ in Höhe von EUR _____	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----------------------------	---	--

Weitere Einkünfte

<input type="checkbox"/> Miet-/Pacht-/Zinseinnahmen	EUR _____
<input type="checkbox"/> Unterhaltungsleistungen	EUR _____
<input type="checkbox"/> Versicherungsleistungen	EUR _____
<input type="checkbox"/> _____	EUR _____

Angaben zur Bankverbindung

Geldinstitut:	Name: Anschrift: Bankleitzahl: Kontonummer:
Kontoinhaber:	Name:
Lastschriftzug:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, ab wann? _____

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und die Mitteilung Ihrer persönlichen Angaben. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich vertraulich und nach den gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes behandelt.

Die Erfassung dieser Angaben dient ausschließlich der Gewährleistung Ihrer Betreuung in diesem Haus. Durch Ihre Angaben haben sie uns bei der Erfassung und Eingaben in den Computer sehr unterstützt.

Nochmals herzlichen Dank!

Stiftung Carl Kreuser jr.

Verwaltung