



ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

am

im Zimmer



PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname (Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsname

Geboren am

in (Landkreis & ggf. Land/Staat angeben)



BISHERIGER WOHNORT (MIT HAUPTWOHNSITZ POLIZEILICH GEMELDET)

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde



DERZEITIGER AUFENTHALT

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde



WEITERE DATEN

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit



KONTAKTPERSON/EN



Angehörige



Betreuer



Vertrauensperson

Name | Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

Verwandschaftsgrad

Telefon

Handy

E-Mail

Name | Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

Verwandschaftsgrad

Telefon

Handy

E-Mail



VERSICHERUNGEN

Liegt eine Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung vor?

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

liegt vor

wird nachgereicht

Krankenkasse (Oder sonstige Kostenverträge für Arzt, Arznei usw.)

Rezeptbegühenbefreiung

Ja

Nein

bis

Versicherungsverhältnis (z. B. Rentner, freiwillige Mitglieder, Familienhilfe)

Mitglieds- Nr. der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers



HAUSARZT

Name | Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

Telefon



KOSTEN

Monatliches Einkommen/ Höhe der Rente (Stand Anmeldetag)

Kostenträger (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Selbstzahler

Beihilfe

anderes Sozialamt/ Kostenträger

Die Kostenverpflichtungserklärung:

liegt vor

folgt in den nächsten Tagen

muss noch beantragt werden

ist beantragt am



BISHERIGE AUFENTHALTE (Z.B. IN EINEM HELM ODER ÄHNLICHER EINRICHTUNG)

Wo?

Wann?

Aus welchem Grund ausgeschieden?



WER STELLT DEN ANTRAG FÜR DEN AUFZUNEHMENDEN?

Name | Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort | Gemeinde

Verwandschaftsgrad

Telefon



WEITERE INFORMATIONEN

Pflegegrad (mit schriftlicher Bestätigung der Pflegekasse)

Werden Inkontinenzartikel gebraucht?

Medizinische Geräte/ Hilfsmittel?



RECHNUNGSEMPFÄNGER (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

Name | Vorname



per Post (vorzugsweise)



per Mail



HINWEISE | BEMERKUNGEN | ERGÄNZUNGEN



AUFNAHME

Aufnahmegespräch geführt mit

Name des Angehörigen/ Sozialdienstes

am

Aufnahmegespräch geführt durch

Name der Mitarbeiterin

am

**DIESE ANMELDUNG IST – BIS AUF WIDERRUF - VERBINDLICH.
ALLE ANGABEN ENTSPRECHEN DEN TATSACHEN.**

Ort

den

Unterschrift des Antragstellers



Das Altenpflegeheim St. Elisabeth
Harsum gehört zum
Elisabeth Vinzenz Verbund.

Altenpflegeheim St. Elisabeth GmbH | Kaiserstraße 24 | 31177 Harsum

Geschäftsführung: Markus Kohlstedde | Tel. 05127 215611 | Fax 05127 909744 | info@st-elisabeth-harsum.de

Registergericht HRB 203898 | IK-Nr. 510 322 851 | UST-ID DE 297 206 953 | Steuer-Nr. 35/270/01303

WWW.ST-ELISABETH-HARSUM.DE