

Anmeldung zur stationären Aufnahme St. Elisabeth Pflegezentrum gGmbH

Persönliche Daten:

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Geburtsort _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Familienstand _____

Staatsangehörigkeit _____

Konfession _____

Krankenversicherung / Pflegeversicherung:

Versichert bei: _____

selbst versichert

familienversichert mit _____

Pflegegrad:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- wurde / wird beantragt

Gerontopsychiatrische Pflege erforderlich:

- Nein
- Ja
 - Richterlicher Beschluß für geschlossene Unterbringung liegt vor
 - Antrag wurde gestellt

Hausarzt:

Betreuer / Bevollmächtigter:

(Betreuerausweis / Vollmacht bitte bei Vertragsabschluss vorlegen):

Name _____

Adresse _____

Telefon (privat/dienstl./mobil) _____

Ehepartner / Kinder / Angehörige / Bezugspersonen:

Name, Vorname _____

Bezug zum Heimbewohner _____

Adresse _____

Telefon (privat/dienstl./mobil) _____

Name, Vorname _____

Bezug zum Heimbewohner _____

Adresse _____

Telefon (privat/dienstl./mobil) _____

Finanzierung der Heimkosten:

- Pflegeversicherung (s.o.)
- Eigenes Einkommen
Rente/Pension/Zinseinnahmen monatlich ca. € _____
- Vermögen
Bestand ca. € _____
- Sozialhilfeträger
Zuständiger Sozialhilfeträger: _____
Kostenübernahme liegt vor:
 - Ja
 - Wurde / wird beantragt

Bankverbindung:

Name des Kontoinhabers: _____
Name und Sitz der Bank: _____
IBAN: _____
BIC des Kreditinstituts: _____

Antrag auf Heimaufnahme wird gestellt:

- auf unbestimmte Dauer
- zur Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege:
gewünschter Termin: von _____ bis _____

Derzeitiger Aufenthalt:

- zu Hause
- Krankenhaus, welches? _____
- Anderes Pflegeheim, welches? _____

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wichtiger Hinweis:

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie die Anmeldung zurückziehen wollen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Bewerber, die sich 12 Monate nicht zurückgemeldet haben, aus der Warteliste herausgenommen werden!