

Pflegeheim St. Elisabeth
Bahnhofstraße 104
86633 Neuburg/Donau
Tel. 08431-545378
Tel. 08431-614-263



Achtung!
Bitte in Blockschrift
ausfüllen!!!
Unterschrift letzte Seite nicht
VERGESSEN!

Anmeldung zur Heimaufnahme

Dauerpflege

Kurzzeit-/Verhinderungspflege

1. Name:		Geburtsname:	
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen):			
3. Adresse (Straße, PLZ, Ort): <input type="checkbox"/> polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz			
4. Geburtsdatum:		Geburtsort:	
5. Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig			
6. Konfession:		7. Staatsangehörigkeit:	8. Beruf:
9. Angehörige:			
a) Name, Vorname: _____			
Str., PLZ, Ort: _____			
Telefon und E-Mail: _____			
Wie verwandt: _____			
Name, Vorname: _____			
Str., PLZ, Ort; _____			
Telefon u. E-Mail: _____			
Wie verwandt: _____			
11. Vorsorgevollmacht: ⇨ Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!			
a) Name, Vorname: _____			
Str., PLZ, Ort: _____			
Telefon und E-Mail _____			

Pflegeheim St. Elisabeth
Bahnhofstraße 104
86633 Neuburg/Donau
Tel. 08431-545378
Tel. 08431-614-263



Achtung!
Bitte in Blockschrift
ausfüllen!!!
Unterschrift letzte Seite nicht
VERGESSEN!

12. Patientenverfügung: ⇨ Bitte Kopie der Patientenverfügung beilegen!

ja nein

13. Hausarzt:

Name: _____

Straße. PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax: _____

14. Gewünschter Aufnahmetermin:

Bei Dauerpflege: vom: _____

Bei Kurzzeitpflege: vom: _____ bis: _____

In anderen Heimen bereits in Anspruch genommene KZP: _____ Tage

15. Pflegegradbewilligung der Pflegekasse: ⇨ Bitte Pflegegradbescheid beilegen!

beantragt am: _____ durch: _____

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

16. Kranken- bzw. Pflegekasse:

17. Versicherungsnummer:

18. Zuzahlungsbefreit: ⇨ Bitte Kopie beilegen!

ja nein

19. Kostenträger:

Selbstzahler

Rechnungsadresse: _____

Sozialhilfe ⇨ Bitte Kopie vom Bescheid beilegen!

Altersrente _____ € Witwenrente _____ €

20. Rechnungsempfänger:

Bewohner Betreuer Bevollmächtigter

Einzugsermächtigung wird mit Abschluss des Heimvertrages erteilt:

Pflegeheim St. Elisabeth
Bahnhofstraße 104
86633 Neuburg/Donau
Tel. 08431-545378
Tel. 08431-614-263



Achtung!
Bitte in Blockschrift
ausfüllen!!!
Unterschrift letzte Seite nicht
VERGESSEN!

21. Zahlungsart (für Selbstzahler bzw. Eigenanteil):

Bitte buchen Sie den monatlich fälligen Betrag von folgendem Konto ab:

IBAN: _____

BIC: _____

22. Regelung im Sterbefall

22.1 Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?

ja, Institut: _____ (bitte Kopie beilegen) nein

22.2 Im Sterbe/Todesfall ist/sind sofort zu verständigen: _____

22.3 Der gesamte Nachlass/Zimmerräumung wird geregelt durch:

Name/Adresse:

23. Eingehende Post

An die/ den Bewohner/in auszuhändigen im Mitarbeiterzimmer hinterlegen

Auf Kosten der Bewohnerin/Bewohner weiterleiten an:

24. Interne Vermerke:

Zimmernummer: _____

Sonstiges:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Das Pflegeheim St. Elisabeth ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Pflegeheim St. Elisabeth für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers