

Altenheim St. Elisabeth • Welkenratherstr. 69-71, 52074 Aachen • Tel.: 0241/87918-0 • Fax:-650

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen zur Heimaufnahme zusenden)

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_

2. Adresse:  
Straße, PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

3. Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_  
Straße, PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

4. geb. am \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

5. Familienstand \_\_\_\_\_ 6. Konfession \_\_\_\_\_

7. Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

8. Angehörige/Ansprechpartner

a) Name: \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_  
Straße, PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

b) Name: \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_  
Straße, PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

9. Betreuer: \_\_\_\_\_  
(gerichtlich bestellt)  
Straße, PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_



# Altenheim St. Elisabeth Anmeldung



9. a) Sofern keine gerichtlich bestellte Betreuung vorliegt, benennen Sie bitte vorhandene Vollmachten, Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Bitte Kopien beifügen !

10. Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Straße, PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

11. Kranken-  
/ Pflegekasse

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Krankenvers.-Nr. : \_\_\_\_\_

Besteht eine Beihilfeberechtigung – wenn ja durch wen: \_\_\_\_\_

Pflegegrad beantragt am: \_\_\_\_\_ Bereits in Pflegegrad \_\_\_\_\_ eingestuft

Höhergraduierung beantragt am: \_\_\_\_\_

12. Gewünschte / mögliche

Wohnform:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anmeldenden bzw.  
Betreuers / Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Wenn nicht identisch mit Anmelder, auch  
Unterschrift des Aufzunehmenden  
soweit möglich