

ALTENHEIM ST. ELISABETH

Rosental 33
91792 Ellingen

Telefon: +49 (0) 9141 / 3975

Telefax: +49 (0) 9141 / 81265

E-Mail: info@altenheim-ellingen.de

Web: www.altenheim-ellingen.de



ALTENHEIM
ST. ELISABETH
ELLINGEN

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Kurzzeitpflege (bitte telefonisch vereinbaren)

Vollstationäre Pflege

1. ANGABEN ZUR PERSON

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsname _____

Familienstand _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Religion _____

Staats-
angehörigkeit _____

Kontakt

Straße _____

Hausnr. _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

Telefonnr. _____

E-Mail-Adresse _____

2. KRANKENKASSE

Ich bin **privat versichert**

Ich bin **gesetzlich versichert**

Krankenkasse _____

Telefonnr. _____

Straße, Hausnr. _____

E-Mail-Adresse _____

PLZ, Ort _____

Versicherungsnr. _____



Ich bin von Rezeptgebühren befreit

ja

nein

Folgender Pflegegrad ist vorhanden

kein Pflegegrad

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

WICHTIG

Bitte **Personalausweis, Patientenverfügung / Betreuungsvollmacht / Vorsorgevollmacht** sowie
letzten **Arztbrief** und **Augenarztbefund** mitbringen!

Für den Aufenthalt der Kurzzeitpflege bitte benötigte **Medikamente**
und **Inkontinenzversorgung** mitbringen!

3. KONTAKTE

Hausarzt /-ärztin

Name

Straße

Hausnr.

Postleitzahl

Ort

Telefonnr.

E-Mail-Adresse

Betreuende Person

Name

Straße

Hausnr.

Postleitzahl

Ort

Telefonnr.

E-Mail-Adresse

Angehörige Personen

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnr. _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefonnr. _____ E-Mail-Adresse _____

Die oben genannte angehörige Person ist mit der Heimbewohnerin / dem Heimbewohner verwandt oder ihr nahestehend als _____

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnr. _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefonnr. _____ E-Mail-Adresse _____

Die oben genannte angehörige Person ist mit der Heimbewohnerin / dem Heimbewohner verwandt oder ihr nahestehend als _____

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnr. _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefonnr. _____ E-Mail-Adresse _____

Die oben genannte angehörige Person ist mit der Heimbewohnerin / dem Heimbewohner verwandt oder ihr nahestehend als _____

Rechnungsempfänger

Nachname _____ Vorname _____

Telefonnr. _____ E-Mail-Adresse _____

4. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die letzte Tetanus-Impfung war _____

Besteht eine COVID-19 Impfung? ja nein

Ich habe eine private Haftpflichtversicherung ja nein

↳ wenn nein, bitte ggf. abschließen

Ich habe eigene Hilfsmittel

Brille ja nein

Zahnprothese ja nein

Hörgerät ja nein

Gehstock ja nein

Rollator ja nein

Rollstuhl ja nein

Toilettenstuhl ja nein

Sonstige _____ ja nein

Wäsche sammeln zum zuhause waschen ja nein

↳ wenn nein, Wäsche vorher zum Zeichnen bringen. Waschen und Zeichnen ist kostenpflichtig!

Essgewohnheiten

Diäten / Allergien / Unverträglichkeiten / etc.

Informationen an das Pflegepersonal

Ort

Datum der Anmeldung

Unterschrift