

AUFNAHMEANTRAG

Evangelisches Altenhilfezentrum

Brunnenstraße 2 | 98587 Steinbach-Hallenberg

Telefon 036847 470 | FAX 036847 47421

Mail: info@steinbachhallenberg-gesundbrunnen.org | Internet: steinbach-hallenberg.gesundbrunnen.org

: Hiermit bitte ich um Aufnahme in vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege Tagespflege
Hinsichtlich meiner persönlichen Verhältnisse mache ich folgende Angaben:

Allgemeines:

: Aufnahme gewünscht in: Doppelzimmer Einzelzimmer

Dringlichkeit, Grund: _____

Aufnahme gewünscht ab: _____

Gewünschter Termin für Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege: von _____ bis _____

Persönliche Informationen:

Name _____

Ehemaliger Beruf _____

Geburtsname: _____

Familienstand: _____

Vorname: _____

Verwitwet / geschieden seit: _____

Geburtsdatum: _____

Ehegatte: _____

Name und Geb. Datum (Auch wenn verstorben)

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Aktuelle Anschrift: _____

Kinder: _____

Anzahl, Namen

Telefon: _____

Konfession: _____

Zuständige

Kirchengemeinde: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad _____ seit _____

Wir bitten um eine Kopie des Bescheides!

Kranken-/Pflegekasse (Anschrift und Tel.) _____

Hausarzt (Anschrift und Tel.) _____

Versicherungsnr: _____

