

AUFNAHMEANTRAG

Evangelische Altenhilfe
Gesundbrunnen
gemeinnützige GmbH



Evangelisches Altenhilfezentrum

Brunnenstraße 2 • 98587 Steinbach-Hallenberg

Telefon 036847/470 • FAX 036847/47421

Mail: info@steinbachhallenberg-gesundbrunnen.org • Internet: www.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 _____

Letzte Eheschließung am _____

Geburtsdatum _____

Verwitwet / geschieden seit _____

Geburtsort _____

Ehegatte:
Name und Geb. Datum (Auch wenn verstorben)

Aktuelle Anschrift _____

Adresse: _____

Telefon _____

Kinder _____

Zahl, Namen

Konfession _____

Zuständige _____

Kirchengemeinde _____

Staatsangehörigkeit _____

Pflegebedürftigkeit:

Pflegestufe _____ seit _____

Wir bitten um eine Kopie des Bescheides!

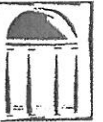
Kranken- / Pflegekasse (Anschrift und Tel.) _____

Hausarzt: (Anschrift und Tel.) _____



AUFNAHMEANTRAG

Evangelische Altenhilfe
Gesundbrunnen
gemeinnützige GmbH



Angehöriger / Kontaktpersonen / gesetzlicher Betreuer

(Wer ist im Krankheits- oder Todesfall zu benachrichtigen?)

1) _____ <i>Name</i>	2) _____ <i>Name</i>
_____ <i>Adresse (ggf. Urlaubsanschrift)</i>	_____ <i>Adresse</i>
_____	_____
Telefon: _____	Telefon: _____

Finanzen:

Aktuelles monatliches Einkommen (z.B. Altersrente, Witwenrente, Betriebsrente usw.):

a) _____ / _____ € <i>Art des Einkommens</i> <i>Zahlende Stelle</i> <i>Betrag</i>
b) _____ / _____ €
c) _____ / _____ €

Die Aufenthaltskosten werden aufgebracht durch:

mich selbst

und/oder das Sozialamt in _____

und/oder von _____

Ich habe die vorvertraglichen Informationen erhalten. Ich habe auch verstanden, dass durch den Heimaufenthalt Kosten entstehen, die in Rechnung gestellt werden, sofern nicht andere Leistungsträger dafür aufkommen (z.B. Pflegeversicherung, Träger der Sozialhilfe)

Datum _____

Unterschrift

