

# Anmeldebogen

für \_\_\_\_\_  
Name Einrichtung/Mobile Dienste

\_\_\_\_\_ Zimmer-Nr./Wohnungs-Nr. \_\_\_\_\_ Stockwerk

## Personendaten

\_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname

\_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort

\_\_\_\_\_ Telefon/Fax \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_ E-Mail

\_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_ Ortsteil/Gemeinde \_\_\_\_\_ Landkreis

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus usw.)

\_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit\* \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Datum und Ort der Eheschließung\*  
 led.  verw.  geschieden  verh.

Personalausweis/Pass  ja (Kopie)  nein      Patientenverfügung  ja (Kopie)  nein      \* freiwillige Angaben

## Krankenkasse/Pflegekasse

\_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort

\_\_\_\_\_ Telefon/Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer

Zuzahlungsbefreiung  ja (Kopie)  nein      Beihilfeberechtigt  ja (Kopie)  nein

Zuordnung Pflegegrad beantragt  ja  nein      Bescheid für Pflegegrad liegt vor  1  2  3  4  5 (Kopie)

Vollstationäre Pflege in der Vergangenheit  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Kostenträger

Selbstzahler  ja  nein      Antrag auf Sozialhilfe  ja  nein      Bescheid liegt vor  ja  nein

## Rechnungsempfänger:

\_\_\_\_\_ Name, Vorname, Adresse

## Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a) \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ wie verwandt

\_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Telefon/Fax

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Mobiltelefon  Benachrichtigung auch nachts

**b)**

|        |              |   |
|--------|--------------|---|
| Name   | Vorname      | wie verwandt  |
| Straße | PLZ/Ort      | Telefon/Fax   |
| E-Mail | Mobiltelefon | <input type="checkbox"/> Benachrichtigung auch nachts |

**c)**

|        |              |   |
|--------|--------------|---|
| Name   | Vorname      | wie verwandt  |
| Straße | PLZ/Ort      | Telefon/Fax   |
| E-Mail | Mobiltelefon | <input type="checkbox"/> Benachrichtigung auch nachts |

**Betreuung/Vollmacht/Notvertretender Ehegatte**     ja (Kopie)    Betreuung ist beantragt     ja     nein

|              |        |              |
|--------------|--------|--------------|
| Name/Vorname | Straße | PLZ/Ort      |
| Telefon/Fax  | E-Mail | Mobiltelefon |

**Hausarzt**    Hausarztmodell     ja     nein

|             |        |           |
|-------------|--------|-----------|
| Name        | Straße | PLZ/Ort   |
| Telefon/Fax | E-Mail | Sonstiges |

**Zahnarzt**

|             |        |           |
|-------------|--------|-----------|
| Name        | Straße | PLZ/Ort   |
| Telefon/Fax | E-Mail | Sonstiges |

Facharzt für \_\_\_\_\_

|             |        |           |
|-------------|--------|-----------|
| Name        | Straße | PLZ/Ort   |
| Telefon/Fax | E-Mail | Sonstiges |

**Wünsche und Anregungen**

---



---

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Persönliche Empfehlung     Werbeanzeige     EHS-Homepage (Internet)     Social Media (Facebook, Instagram)     Telefonbuch  
 EHS-Pflegeheim     Mobile Dienste     Gute-Pflege-Center     Pflegestützpunkt     Sonstiges \_\_\_\_\_

Zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten und aus Verwaltungsgründen geben wir Ihre Daten ggf. an Konzerngesellschaften der Evangelischen Heimstiftung weiter. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung in der Kurzzeit- und Dauerpflege habe ich zur Kenntnis genommen.

|            |              |   |
|------------|--------------|---|
| _____      | _____        | <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter      |
| Ort, Datum | Unterschrift | <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Notvertretender Ehegatte |