

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. Die hier erteilte Einwilligung ist jederzeit widerruflich.

- Angehöriger Bevollmächtigter
 Betreuer Notvertretender Ehegatte

Ort, Datum	Vorname Name
------------	--------------