

Aufnahmeantrag Elisabethstift Adlkofen
Blütenstr. 14, 84166 Adlkofen

Vormerkliste für eine vollstationäre Aufnahme

Angaben zur Person:

Vor- und Zuname:

Geburtsname:

Familienstand:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Staatsangehörigkeit:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Konfession:

Kath.

Evang.

Wünschen Sie eine besondere konfessionelle Betreuung?

Ja

Nein

Nennen Sie uns bitte zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

1. Name, Vorname:

2. Name, Vorname:

Angehörigenart:

Angehörigenart:

Straße, Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefon:

Handy:

Handy:

Email:

Email:

Bevollmächtigte(r):

Gesetzliche(r) Betreuer(in):

Post:

Schwesternzimmer

Bewohnerzimmer

Rechnung an:

Angehörige

Bewohner

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ PLZ, Ort: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße, Nr.: _____ Telefax: _____

Haben Sie bereits eine Inko-Dauerverordnung: ja nein

Bei einem Aufenthalt in unserer Einrichtung muss sichergestellt sein, dass Ihr Arzt auch Hausbesuche durchführt. Bitte klären Sie das vorab oder wechseln Sie zu einem Arzt in der Nähe. Denken Sie daran, dass die Versichertenkarte in der Praxis eingelesen ist.

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:

KK/PK : _____ pflichtversichert:

Mitgl. Nr.: _____ privat versichert:

Straße, Nr.: _____ zusätzlich privat versich.:

PLZ, Ort: _____ Beihilfe: %

Med. Zuzahlung befreit? Ja Nein

Erhalten Sie bereits Leistungen aus der Pflegekasse? _____

Ja, im Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Nein, ein Antrag auf Leistungen wurde gestellt am: _____

Aufnahme:

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

Gewünschter Termin zur Aufnahme: vorsorglich (bitte melden Sie sich, wenn Sie ein Zimmer benötigen)
 so schnell wie möglich am: _____ Datum eintragen

Kostenträger der Eigenleistung: Selbstzahler Sozialhilfe

Sonstige Hinweise _____

Mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung der Daten bin ich einverstanden.
(<https://www.kirchenrecht-ekd.de/document/41335>)

Datum: _____ Unterschrift: _____