

*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) durch eine Vorsorgevollmacht:**

**Gesetzliche(r) Betreuer(in):**

Befindet sich die angemeldete Person derzeit

☐ im Krankenhaus

☐ in einem Pflegeheim

## 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 ☐ Aufnahme am: \_\_\_\_\_ gewünscht

Kostenträger der Eigenleistung: ☐ Selbstzahler ☐ Sozialhilfe

Bitte notieren Sie hier alle wichtigen Informationen:

---

---

---

---

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_