

*Aufnahmeantrag Elisabethstift Adlkofen  
Blütenstr. 14, 84166 Adlkofen*

Vollstationär

Kurzzeitpflege

**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: %

Telefon: \_\_\_\_\_

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  zum

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: \_\_\_\_\_