



Altenpflegeheim ELIM

Obervogtländischer Verein für Innere Mission e.V.
 Altenpflegeheim ELIM
 Am Sohr 91 a
 08261 Schöneck
 Telefon: 03 74 64 / 332-0

Heimaufnahme

Kurzzeitpflege

übriges Budget:

Übernahme aus anderer Einrichtung

vom:

bis:

Zimmer:

Angaben zum/zur Aufzunehmenden

Name		Vorname		Geburtsname	
Adresse: Straße/Haus-Nr.		Postleitzahl		Wohnort	
Geburtsdatum		Geburtsort		Telefon-Nr.	
Familienstand		Konfession		Staatsangehörigkeit	
derzeitiger Aufenthalt: Straße/Haus-Nr.		Postleitzahl/Ort		Telefon-Nr.	

Angehörige/ r a)

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr..		Postleitzahl/Ort		Angehörigenverhältnis	
Rechnungsempfänger	Ja	Nein			

Angehörige/ r b)

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr.		Postleitzahl/Ort		Angehörigenverhältnis	
Rechnungsempfänger	Ja	Nein			



Altenpflegeheim ELIM

gesetzlicher Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Name		Vorname				Telefon-Nr.			
Anschrift: Straße/Haus-Nr.		Postleitzahl		Wohnort					
ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Aufenthaltsbestim.		Einwillig.med. Beh.		finanzielle Angeleg.		Vertretung bei Beh.		Öffnen der Post	

Wirkungskreise des Betreuers – nichtzutreffendes bitte streichen!

Hausarzt des/der Aufzunehmenden

Name		Telefon-Nr.	
Adresse: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl	Ort

weitere Angaben zum/zur Aufzunehmenden

zuständige Krankenkasse		Mitglieds-Nr. der Krankenkasse		zuerkannter Pflegegrad	
Ja			Nein		
Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?					
Welches Sozialamt ist zuständig?					
Ab wann wird die Heimaufnahme gewünscht?				Bemerkung	
Besteht eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht?				Datum der Befreiung	

Ort/ Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers

wenn nicht personengleich –
Unterschrift des Aufzunehmenden



Altenpflegeheim ELIM

Pflegerische Informationen:

Informationen zum Anmeldeverlauf:

Wäscheversorgung

<input type="checkbox"/>	Wäscheversorgung durch die Einrichtung	<input type="checkbox"/>	Wäsche wird selbst gewaschen
<input type="checkbox"/>	Stück Patches bestellt		

Telefon

<input type="checkbox"/>	gewünscht	<input type="checkbox"/>	nicht gewünscht
--------------------------	-----------	--------------------------	-----------------



Altenpflegeheim ELIM

Die Entgelte sollen von folgendem Konto abgebucht werden (**nur bei KZP, sonst Lastschriftmandat**)

Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
Bankleitzahl:	
Kontonummer:	
IBAN:	
BIC:	