



# Altenpflegeheim „Elim“

Bezeichnung des Heimes

Eingangsvermerk des Heimes

Obervogtländischer Verein  
für Innere Mission e.V.  
Altenpflegeheim Elim  
Am Sohr 91a  
08261 Schöneck  
Telefon: 03 74 64/3320

## Anmeldung zur Heimaufnahme/ Kurzzeitpflege

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	

### Angehörige/r b)

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

### 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!

**bitte wenden!**



# Altenpflegeheim „Elim“

## 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 wir die Heimaufnahme gewünscht?		Bemerkung
Besteht eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht		Datum der Befreiung

Ort: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift des Antragstellers	Wenn nicht personengleich – Unterschrift des Aufzunehmenden

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

Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
Bankleitzahl:	
Kontonummer:	
IBAN	
BIC	



# 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
--------------------------	-----------	--------------------------	-----------------