



Altenheim St. Elisabeth
 Karlsruher Str. 14
 68766 Hockenheim
 Tel. 06205 / 9404 – 0
 Fax 06205 / 9404 – 17
www.st-elisabeth.com
info@st-elisabeth.com

Eingangsvermerke des Heimes

Anmeldung

Für gewünschten Heimeinzug Vollstationär Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Bitte vor Einzug ins Heim aktuellen Fragebogen einreichen

1. Name
(Familienname, Geburtsname)

2. Vorname(n)
- Rufnamen bitte unterstreichen -

3. Wohnung
(mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)
(Straße und Hausnummer) (Telefon)

(Postleitzahl) (Wohnort)

4. Derzeitiger Aufenthalt
(bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)
(Straße und Hausnummer) (Telefon)

(Postleitzahl) (Wohnort)

5. Geburtsdatum Geburtsort: 6. Konfession:

7. Familienstand 8. Beruf: 9. Staatsang.:

10. Angehörige

a) <input type="text"/>	b) <input type="text"/>	c) <input type="text"/>
<small>Name, Vorname</small>	<small>Name, Vorname</small>	<small>Name, Vorname</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Wie verwandt</small>	<small>Wie verwandt</small>	<small>Wie verwandt</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Straße, Hausnummer</small>	<small>Straße, Hausnummer</small>	<small>Straße, Hausnummer</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Postleitzahl</small> <small>Wohnort</small>	<small>Postleitzahl</small> <small>Wohnort</small>	<small>Postleitzahl</small> <small>Wohnort</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Telefon</small>	<small>Telefon</small>	<small>Telefon</small>

11. Gesetzlich bestellte(r) Betreuer(in)
Name, Vorname

Anschrift

Aufgabenkreise

12. Wer stellt diesen Antrag?
Name und genaue Anschrift

In welcher Eigenschaft?

13. Gewünschter Einzugstermin

14. Krankenkasse

Name

Anschrift Telefonnummer

Krankenversicherungsnummer

Pflegekasse

Name

Anschrift Telefonnummer

Liegt ein Bescheid der Pflegekasse vor?

Ja Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad? 1 2 3 4 5

15. Behindertenausweis

Ja Nein Grad der Behinderung: %

16. Hausarzt

Name

Anschrift
Telefon

Facharzt

Name
Fachrichtung

Anschrift
Telefon

17. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18. Kostenträger

Die Heimkosten werden aufgebracht durch...
(Zutreffendes bitte ankreuzen X)

das oben aufgeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen

Leistungen der Pflegekasse in Höhe von monatlich EUR

Leistungen des Sozialamtes in

Sind sie Beihilfeberechtigt? Ja Nein (wenn ja, Kopie als Anlage)

Sind Sie von den Rezeptgebühren befreit? Ja Nein (wenn ja, Kopie als Anlage)

19. Gewünschte Wohnmöglichkeit

Einzelzimmer Verbundene Einzelzimmer (Partnerzimmer)

20. Im Todesfall zu benachrichtigen

21. Hinweise, Bemerkungen

22. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei:

Ja Nein

Ort Datum Unterschrift des Antragstellers

Sollten Sie Ihre Anmeldung zum Heimeinzug zurückziehen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung