

Anmelde-Formblatt zur vollstationären Heimaufnahme / Kurzzeitpflege



St. Elisabeth Köthen - Das katholische -Senioren-Pflegeheim

Wallstr. 27, 06366 Köthen
Tel.: 03496/4100-0 - Fax: 03496/4100-90

Datum:
gepl. Aufn.:
WB / Zi.

Name, Vorname (Geb.Name)	
Geburtsdatum	
Geburtsort/-land	
Staatsangehörigkeit	
Familienstand	seit:
Konfession	
Pflegegrad	seit:
Höherstufung beantragt?	
Anschrift	
zuletzt ausgeübter Beruf	
geplant ist	<input type="checkbox"/> KZP <input type="checkbox"/> VHP <input type="checkbox"/> vollstat.
KZP schon erhalten?	
Wo?	
Wie viele Tage?	
derzeitiger Aufenthalt	
Angehörige Nr. 1	Name, Vorname:
	Anschrift:
	Tel.-Nr.:
	Verwandschaftsgrad:
Angehörige Nr. 2	Name, Vorname:
	Anschrift:
	Tel.-Nr.:
	Verwandschaftsgrad:
Bevollmächtigter gerichtl. Betreuer	
Rechnungen an	
Hausarzt	Name, Ort:
Krankenkasse	Name, Ort:
KV-Nr.	
zuzahlungsbefreit	
Bestattungsinstitut	
ggf. Vertragsapotheke	
ggf. Vertrag m. Sanitätshaus	
Auf Finanzierung hinweisen!	ggf. beim Sozialamt anmelden
Wunsch EZ?	
GEZ-Abmeldung	
Wäscheversorgung vollst.ationär	<input type="checkbox"/> durch unsere Wäscherei <input type="checkbox"/> selber waschen
Mediversorgung in vollst. Pfl.	<input type="checkbox"/> Schiller Apotheke
abonierte Zeitschriften?	