

Aufnahmeantrag

Evangelisches Altenhilfezentrum Ahnatal

Casselbreite 5, 34292 Ahnatal
Tel.: 05609 8036-0, Fax: 05609 8036-11
info@ahnatal-gesundbrunnen.org
ahntal.gesundbrunnen.org

Hiermit bitte ich um Aufnahme

zur Dauerpflege
 nur Einzelzimmer
 auch Doppelzimmer möglich
 zur Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege
 Gewünschter Zeitraum: _____ (Tage)
 zur Tagespflege, gewünschte Wochentage:
 Di Mi Do
 Fahrdienst durch die Einrichtung gewünscht:
 ja nein

Es besteht Dringlichkeit ja nein
 Aufnahme gewünscht ab: _____
Datum

Grund für die Dringlichkeit:

Persönliche Informationen

männlich
 weiblich
 divers

Name		Amtlicher Vorname	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Konfession	Familienstand		seit (Datum)
Straße, Hausnummer			
PLZ	Ort		
Telefon	E-Mail		

Derzeitiger Aufenthalt

zu Hause
 im Krankenhaus: _____
 in einer anderen Pflegeeinrichtung: _____
 Name des Krankenhauses
 Name der Einrichtung

Pflegegrad

Pflegegrad (Wir bitten um eine Kopie des Bescheides.)

keiner 1 2 3 4 5 seit: (Datum)

Erhöhung beantragt:

nein ja, am: (Datum)

Kranken-/Pflegeversicherung

Name der Krankenversicherung Versichertennummer

Gesetzlich krankenversichert Privat krankenversichert
 Beihilfeberechtigt Von den Rezeptgebühren befreit (Kopie des Befreiungsausweises beifügen)

Hausarzt

Name
 Straße, Hausnummer
 PLZ Ort
 Telefon E-Mail

Kontaktpersonen

Falls vorhanden, bitte eine Kopie der Vollmacht(-en) oder des Betreuerausweises beifügen.

Kontakt 1

Gesetzliche/r Betreuer/-in Bevollmächtigte/r Angehörige/r:
Art der Verwandtschaft (bitte angeben)

Name Vorname
 Straße, Hausnummer
 PLZ Ort
 Telefon Telefon mobil E-Mail

