

Aufnahmeanmeldung

Gewünschte Aufnahme

Zeitpunkt: Schnellstmögliche Aufnahme
 Spätere Aufnahme, etwa _____

In: Stationäre Pflege
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Tagespflege
 Wohnanlage – Betreutes Wohnen
 Ambulanter Pflegedienst

Rolfesstraße 30-40
35683 Dillenburg
Telefon: 02771 8981-0
Telefax: 02771 8981-11
Mail: info@haus-elisabeth.org

Wird ein Beratungsgespräch gewünscht? Ja Nein

Vorname
Name / ggf. Geburtsname
Geburtsdatum / Geburtsort
Straße / Hausnummer
Postleitzahl / Wohnort
Telefon / Mail
Pflege- / Krankenkasse Vers.-Nr. Pflegegrad
Kostenregelung Selbstzahler teilw. Kostenübernahme d. Sozialhilfeträger
Staatsangehörigkeit früherer Beruf
Familienstand Konfession
Hausarzt (Adresse / Telefon)
Wichtige ärztliche Diagnosen
Betreuer / Bevollmächtigter
.....

Meine nächsten Angehörigen sind:

Verwandtschaftsgrad
Name / Vorname
Straße / Haus-Nr.
Postleitzahl / Wohnort
Telefon / Mail

.....
Ort / Datum Unterschrift

(Ergänzungen und Notizen ggf. auf Rückseite vermerken)

