

# ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME



**pflegezentrum**  
ST. ELISABETH  
im Waldkrankenhaus ST. MARIEN

**Pflegezentrum St. Elisabeth  
im  
Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH**  
Rathsberger Str. 57 · 91054 Erlangen  
Tel.: 09131/822-3454 Fax: 09131/822-5051

## 1. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Bisherige Anschrift: Straße/Haus- Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
wird beibehalten:  ja  nein  
Bisherige Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
Zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

## 2. Derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus, Heim)

Name/Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. Angehörige

1) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon/Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
verwandt: \_\_\_\_\_

2) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon/Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
verwandt: \_\_\_\_\_

3) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon/Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
verwandt: \_\_\_\_\_



**Gesellschafter**  
Kongregation der St. Franziskusschwestern  
Vierzehnheiligen 8 – 96231 Bad Staffelstein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Zertifiziert nach proCum Cert und KTQ

HRB 9986, Registergericht Fürth,  
Sitz 91054 Erlangen

Geschäftsführer: Dipl.-Betriebswirt (FH) Günther Brütting  
Vorsitzende des Aufsichtsrates: Schw. M. Christine Köberlein

#### 4. Vollmacht/Betreuung

Wurde eine Generalvollmacht erteilt?  ja  nein

Wenn ja, an wen? \_\_\_\_\_

Ist ein/e gesetzliche/r Betreuer/in bestellt?  ja  nein  ist beantragt

Betreuungsverhältnis besteht seit: \_\_\_\_\_ (Kopie des Gerichtsbeschlusses bitte beilegen.)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

verwandt:  ja  nein, wenn ja, wie: \_\_\_\_\_

#### 5. Behandelnde Ärzte

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Zahnarzt:** \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Sonstiger Facharzt:** \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### 6. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor?  ja  nein

Falls ja, aufbewahrt bei: \_\_\_\_\_

#### 7. Krankenkasse, sonstige Kostenträger (für Arzt, Arznei usw.):

Name/Anschrift: \_\_\_\_\_

Vers.Nr: \_\_\_\_\_

Rezeptgebühren befreit:  ja  nein (Wenn ja, bitte Befreiung beilegen.)

Versicherungsverhältnis:  Rentner  freiw. Mitglied  familienvers.

#### 8. Finanzierung der Heimkosten (bitte ankreuzen):

**Selbstzahler**

**Pflegekasse:**

Einstufung bereits beantragt:  ja  nein, falls ja, wann: \_\_\_\_\_

Name der Pflegekasse: \_\_\_\_\_

bisher anerkannte Pflegestufe:  I  II  III  keine Pflegebedürftigkeit

**Sozialhilfe:**

Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_ Bescheid ergangen am: \_\_\_\_\_  
zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

**Andere:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Gewünschte Unterbringung**  Einbettzimmer  Doppelzimmer  
Gewünschter Termin zur Aufnahme: \_\_\_\_\_

**10. Diät** notwendig?  ja  nein falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**11. Frühere Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder ähnliche Unterbringung**  ja  nein  
falls ja welche(s): \_\_\_\_\_

**12. Regelung für den Todesfall**

Wer ist im Falle des Todes zu benachrichtigen?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Verständigung der Angehörige auch in der Nacht:  ja  nein

Das Zimmer wird nach dem Tod geräumt durch, bzw. die eingebrachten Sachen werden ausgehändigt an:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Bestattungswünsche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden.

**Diese Anmeldung ist verbindlich.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller,  
ggf. handlungsberechtigter Angehöriger