



Qualitätssicherung

Caritasverband Rhein-Sieg e.V.
Haus Elisabeth Altenheim GmbH

Anmeldung Heimplatz/Kurzzeitpflege

Name, alle Vornamen, Geburtsname des Anzumeldenden:

Herr/Frau _____

geboren am _____ in _____

wohnhaft (**polizeilich gemeldet**) in _____

Telefonnummer: _____ Email/Handy: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Religionszugehörigkeit _____ Staatsangehörigkeit _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr: _____

Angehörige:

(1) Name; Vorname:

Wohnort (PLZ, Straße) _____

Telefonnummer _____ Email _____

(2) Name; Vorname:

Wohnort (PLZ, Straße) _____

Telefonnummer _____ Email _____

(3) Name; Vorname

Wohnort (PLZ, Straße) _____

Telefonnummer _____ Email _____

Falls keine Angehörigen, bitte **Bezugsperson** (z.B. nahe stehende Freunde/Bekannte) angeben
Name; Vorname:

Wohnort (PLZ, Straße)

Telefonnummer Email

Falls der zukünftige Bewohner einen **Betreuer** hat:
Name; Vorname

Wohnort (PLZ, Straße)

Telefonnummer Email

Betreuungsbereiche

Name, Anschrift und Telefonnummer des **Hausarztes:**

Name, Anschrift und Telefonnummer aller **Konsiliarärzte:**

z.Zt. im Krankenhaus oder andere Einrichtung; **Name, Telefonnummer der Einrichtung:**

Pflegegrad _____ Einstufungsbescheid vom _____ Einstufung beantragt am _____

Kostenträger:

Selbstzahler

Das Einkommen/die Rente reicht nicht zur Deckung der Heimkosten aus.

In diesem Fall stellen Sie bitte einen Antrag auf Sozialhilfe (zuständig ist das Sozialamt des letzten Wohnortes). Hierbei unterstützen Sie gerne unsere Mitarbeiter in der Verwaltung.

**Rechnungsempfänger:
Name, Vorname**

Wohnort (PLZ, Straße)

Gewünschte Unterbringung im: Doppelzimmer Einzelzimmer

Gewünschtes Datum des Einzugs: _____

Gewünschter Kurzzeitpflegeaufenthalt: vom: _____ bis: _____

Sonstige Anmerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift Angehöriger

ggf. Unterschrift Betreuer