



Konzept

Einzug Kurzzeitpflegegäste
Anmeldung

Name, alle Vornamen, Geburtsname des Anzumeldenden:

Herr/Frau _____

geboren am _____ in _____

Adresse _____

Telefonnummer: _____ E-Mail/Handy: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Religionszugehörigkeit _____ Staatsangehörigkeit _____

Krankenkasse: _____ Vers.nr: _____

Angehörige/Bezugspersonen:

(1) Name; Vorname: _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

(2) Name; Vorname: _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Name, Adresse und Telefonnummer des **Hausarztes:** _____

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

Erstellt am / von	Freigabe am / durch:	Qualifikation:	Letzte Aktualisierung:	Revision
06/2009 PDL	06/2009 Einrichtungsleitung	Alle Mitarbeiter	01/2022	7



Qualitätshandbuch

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

Konzept

Einzug Kurzzeitpflegegäste
Anmeldung

Pflegegrad _____ Einstufungsbescheid vom _____ Einstufung beantragt am _____

Rechnungsempfänger:

Name, Vorname: _____

Adresse

Bankverbindung für Verwahrgeldkonto:

Name, Vorname: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

Gewünschter Kurzzeitpflegeaufenthalt: von _____ bis _____

Zimmer: _____

Booster Impfung Covid-19: ja nein

Schutzimpfung-Covid 19 erhalten: ja nein

Genesenen-Nachweis Covid 19: ja nein

Sonstige Anmerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift Einrichtung

Unterschrift KZP Gast/Angehöriger

ggf. Unterschrift Betreuer

Erstellt am / von	Freigabe am / durch:	Qualifikation:	Letzte Aktualisierung:	Revision
06/2009 PDL	06/2009 Einrichtungsleitung	Alle Mitarbeiter	01/2022	7