


Qualitätsmanagement Handbuch	Ev. Altenhilfezentrum gGmbH	 Evangelische Altenhilfezentrum gGmbH Ernst-Stoltenhoff-Haus Das Herz zählt.
Kapitel: C 1.2	Thema: Beratung vor Heimaufnahme	

C 1.2.3 Anfrage zum Heimeinzug

Vor- und Zuname:		Geburtsdatum:	
Geburtsname:		Geburtsort:	
Straße:	PLZ:	Ort:	
Telefon:			
Derzeitiger Aufenthalt:		<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Altenheim	
Familienstand:		Konfession:	
Name der nächsten Angehörigen:		Straße:	
		PLZ:	Ort:
		Telefon:	
Name Betreuer: (nach Betreuungsrecht)		Straße:	
		PLZ:	Ort:
		Telefon:	
Pflegegrad liegt vor:		oder beantragt am:	
<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Krankenkasse:		Krankenversicherungsnummer:	
Gewünschte Unterbringung:		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
Gewünschter Termin:		Datum:	
Selbstzahler: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Kostenübernahme beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sozialamt:			
Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Behandelnder Arzt:	
Schwerbehindertenausweis liegt vor:		Grad der Behinderung:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Merkzeichen:	
Möchten Sie eigene Möbel mitbringen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rechnungsanschrift:		Straße:	
Name:		PLZ:	Ort:
		Telefon:	
Datum:		Ort:	
_____ Unterschrift des Antragstellers		_____ Unterschrift des Betreuers	

	erstellt von	geprüft von	freigegeben von	Version: 2	Seite: 1
Name / Hdz.	QZ		Fr. van Bernum	Datum: 27.08.2018	von: 1