


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:	
Derzeitiger Aufenthalt: <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Altenheim		Covid-19 Erkrankung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann:	
Hausarzt:		Vollständig geimpft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann:	
Name Bevollmächtigter oder Betreuer (nach Betreuungsrecht):		Straße:	
		PLZ:	Ort:
		Telefon:	E-Mail:
Name des nächsten Angehörigen:		Straße:	
		PLZ:	Ort:
		Telefon:	E-Mail:
Pflegegrad liegt vor: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		oder beantragt am:	
Krankenkasse:		Krankenversicherungsnummer:	
Gewünschte Unterbringung: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		Selbstzahler: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gewünschter Termin:		Kostenübernahme beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sozialamt:	
Schwerbehindertenausweis liegt vor: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rechnungsempfänger:			
Datum:		Ort:	
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Unterschrift des Antragstellers		<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten	

	erstellt von	geprüft von	freigegeben von	Version: 2	Seite: 1
Name / Hdz.	Fr. Dahmen		Fr. Häusler	Datum: 23.06.2021	von: 1