

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME



marienhospital
SENIORENPFLIEGEZENTRUM

Marienhospital
Seniorenpflegezentrum GmbH

Telefon 09131/802-0 · Telefax 09131/802-200
verwaltung@marienhospital-erlangen.de
www.marienhospital-erlangen.de

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

Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH
Rathsberger Str. 57 - 91054 Erlangen



pCC-zertifiziert nach DiCV QuM
Siegel-Registrier-Nr.: 0007 QuM

HRB 11683, 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. Heiratsurkunde / Geburtsurkunde

Heiratsurkunde (Geburtsurkunde) überlassen ja

8. 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.

9. 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: _____

10. Gewünschte Unterbringung Einbettzimmer Doppelzimmer
Gewünschter Termin zur Aufnahme: _____

11. Diät notwendig? ja nein falls ja, welche: _____

12. Frühere Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder ähnliche Unterbringung ja nein
falls ja welche(s): _____

13. 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.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller,
ggf. handlungsberechtigter Angehöriger