



Anmeldung zur Aufnahme

Theodor-Fliedner-Haus

Theodor-Fliedner-Str. 1, 57610 Altenkirchen

Tel.: 02681 – 4021

Fax: 02681 – 988260

E-Mail: ahak@ev-altenhilfe-ak.de

Name, Vorname (ggf. Titel): _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in (PLZ, Ort): _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Wenn verwitwet, Name des Ehepartners _____

Staatsangehörigkeit: _____ Pflegegrad: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

Anschrift: _____

Telefon: _____

Gewünschter Einzugstermin: _____

Angehörige:

a) Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

wie verwandt: _____

b) Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

wie verwandt: _____

Betreuung/Vollmacht/Patientenverfügung:
(bitte Kopie spätestens bei Aufnahme mitbringen)

Ja Nein

Name: _____

Anschrift: _____

beantragt am: _____ durch: _____

Telefon: _____

Krankenkasse/Pflegekasse

Name: _____ Mitglieds-Nr.: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Rezeptgebührenbefreiung? Ja Nein gültig von: _____ bis: _____

Hausarzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Hinweis: Soll der bisherige Hausarzt beibehalten werden, dieser ist aber nicht im Ort der Einrichtung ansässig, bitten wir um Verständnis, dass wir die KV-Karten, Überweisungen, Stuhlproben, etc. nicht in die Praxis bringen können.

Kostenträger

Selbstzahler? Ja Nein Beihilfeempfänger? Ja Nein

Rechnungsadresse, falls abweichend von der Bewohneradresse:

Telefon: _____

Antrag auf Sozialhilfe gestellt? Ja Nein am: _____

durch: _____ beim Sozialamt: _____

Sachlich zuständiges Sozialamt: _____

Örtlich zuständiges Sozialamt: _____

Renten

Name und Ort des RV-Trägers: _____ Versicherten-Nr.: _____ Betrag in € _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Antragsteller: _____

Unterschrift Aufzunehmenden: _____

(wenn nicht Personengleichheit)