



Anmeldung zur Aufnahme

Evang. Altenzentrum a. d. Sieg gGmbH

Austr. 30 a, 57548 Kirchen

Tel.: 0 27 41 – 68 1 – 0

Fax: 0 27 41 – 68 1 – 5 81

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

Vollstationäre Aufnahme ab: _____ Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

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: _____

Angehörige:

a) Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

wie verwandt: _____

b) Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

wie verwandt: _____

c) Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

wie verwandt: _____

d) Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

wie verwandt: _____

Betreuung/Vollmacht:

Ja

Nein

Name: _____

Anschrift: _____

beantragt am: _____ durch: _____

Telefon: _____
Aktenzeichen Betreuung: _____

ab: _____ Befristet bis: _____

Wirkungskreis:

Vermögensfürsorge Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Postvollmacht
 Wohnungsauflösung Behördenangelegenheiten _____

Patientenverfügung: Ja Nein

Krankenkasse

Name: _____ Mitglieds-Nr.: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Rezeptgebührenbefreiung? Ja Nein gültig von: _____ bis: _____

Hausarzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

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)