

Anmeldung zur Heimaufnahme



Heiliggeist-Stift Erding

Hiasl-Maier-Straße 9

85435 Erding

Tel. 08122/9997-1002

Fax 08122/9997-1070

Persönliche Daten des Interessenten/Bewohner/in

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum/Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

Bisherige Adresse: _____ Familienstand: _____

Telefonnummer: _____

Interessent befindet sich zur Zeit

zu Hause im Krankenhaus in der Rehaklinik
 in einer anderen Pflegeeinrichtung Sonstiges

Nähere Angaben: _____

Kontaktperson/1. Ansprechpartner

Verhältnis zum Interessenten: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Email ↓

Telefon mobil: _____

Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter?

ja nein

Der gesetzliche Vertreter ist:

Betreuer Bevollmächtigter

Name, Adresse, Telefonnummer: _____

welche Krankenkasse:

Pflegegrad

seit:

gesetzlich

Mitgliedsnummer:

privat

zuzahlungsbefreit:

ja

nein

Bisheriger Hausarzt:

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Arztwunsch

gegen Corona geimpft: _____

ja

nein

Aufnahmewunsch:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Appartement

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

vorsorglich

Rente monatlich:**Sonst. Einkommen:**

Zuzahlung aus Barvermögen: _____

ja

nein

Rechnung per Mail erhalten _____

ja

nein

Angehörige/weitere Kontaktpersonen**Verhältnis zum Interessenten:**

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Telefon mobil: _____

Email: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Telefon mobil: _____

Email: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers

Weitere Informationen:**Interne Vermerke:**

Antrag eingegangen am: _____

Aufnahme am: _____

Zimmer: _____