



Katholisches Altenpflegeheim
„Schwester Elisabeth Rivet“
Heidmühlenstraße 11
Telefon: 0395/5631-0
Fax: 0395/544 25 73
E-Mail:
Schw.Elisabeth-Rivet@caritas-Mecklenburg.de

Antrag-Nr.:
Einzug:
Zimmer:
Telefon:

ANTRAG

auf Aufnahme in das Katholische Altenpflegeheim
„Schwester Elisabeth Rivet“

1 Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Familienstand: _____

Wohnanschrift: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Konfession: _____

2 Angehörige:

• Name/Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

• Name/Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

• Name/Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

3 Gesetzliche Betreuung/ Vorsorgevollmacht:

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

4 Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenkasse: _____ KV-Nummer: _____

Pflegegrad: _____ seit: _____

Pflegekasse: _____ Antrag gestellt: _____

Zur Zeit betreuender Pflegedienst: _____

5 Ärzte:

Hausarzt: _____ Telefon: _____

5.1. Weitere Ärzte

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

5.2. wichtige Diagnosen

5.3. besonderer Hilfebedarf, Hilfsmittel u.s.w.

6 Sonstiges - Ergänzungen (z.B. abweichender Aufenthalt, Terminwünsche etc.)

Sondennahrung ja nein Sozialhilfeempfänger ja nein

**Hiermit bestätige ich den Heimantrag und stimme der Speicherung der Daten zu.
Ich melde mich, sollte eine Heimaufnahme nicht mehr erforderlich sein.**

Neubrandenburg, den _____

[Unterschrift Antragsteller]

Entgegengenommen durch: _____ Datum: _____