



Sankt Elisabeth

Katholisches Altenpflegeheim Breitenworbis

Vollstationäre Pflege  
mit Schwerpunkt Demenz

Katholisches Altenpflegeheim „St. Elisabeth“  
Stationsweg 2 • 37339 Breitenworbis

Stationsweg 2  
37339 Breitenworbis  
Tel.: 036074 - 2027-0  
Fax: 036074 - 2027-222  
Mail: info@altenpflegeheim-breitenworbis.de  
www.altenpflegeheim-breitenworbis.de

**Kontakt wegen Heimaufnahme:**

**Tel. 036074/95260 - Heimleitung**  
**Fax 036074/95243**

**Bitte vor Einzug in das Heim auch den aktuellen ärztlichen Fragebogen abgeben**

**1. Zuname, Vorname:** .....  
(Familienname, Geburtsname)

**2. Wohnung:** .....  
(Straße u. Hausnummer v. Hauptwohnsitz) (Tel.)  
.....  
(Postleitzahl) (Wohnort)

**3. Derzeitiger Aufenthalt:** .....  
(bei Krankenhaus o. Altenheim (Straße und Hausnummer)  
bitte entsprechende Adresse)  
.....  
(Postleitzahl) (Wohnort)

**4. Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **5. Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**6. Familienstand:** \_\_\_\_\_ **7. Beruf:** \_\_\_\_\_

**8. Konfession:** \_\_\_\_\_ **9. Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_  
**Zuständiger Pfarrer:** \_\_\_\_\_



**10. Angehörige – oder sonstige Vertrauenspersonen:**

**a)**

**(Verwandtschaftsverhältnis)** \_\_\_\_\_

**(Vor-u.Zuname)** \_\_\_\_\_

**(Straße u.Hausnr.)** \_\_\_\_\_

**(Postleitzahl/Wohnort)** \_\_\_\_\_

**(Telefon/Handy/Mailadresse)** \_\_\_\_\_

**b)**

**(Verwandtschaftsverhältnis)** \_\_\_\_\_

**(Vor-u.Zuname)** \_\_\_\_\_

**(Straße u.Hausnr.)** \_\_\_\_\_

**(Postleitzahl/Wohnort)** \_\_\_\_\_

**(Telefon/Handy/Mailadresse)** \_\_\_\_\_

**c)**

**(Verwandtschaftsverhältnis)** \_\_\_\_\_

**(Vor-u.Zuname)** \_\_\_\_\_

**(Straße u.Hausnr.)** \_\_\_\_\_

**(Postleitzahl/Wohnort)** \_\_\_\_\_

**(Telefon/Handy/Mailadresse)** \_\_\_\_\_

**11. Gerichtlich bestellte/r Betreuer/in:** .....  
(Name)

.....  
(Anschrift)

**Aufgabenkreise:**.....

---

**12. a) private Vorsorgevollmacht für:** .....  
(Name)

.....  
(Anschrift)

**Aufgabenkreise:**.....

---

**12. b) Patientenverfügung:** ---- ja ----- nein

---

**13. Krankenkasse/Pflegekasse:**

.....  
(Name) (Mitgliedsnummer)

.....  
(Anschrift)

**13 a) Zuzahlungsbefreiung laufendes Jahr:** ..... ja ..... Nein

**13 b) Beziehen Sie bereits Inkontinenzmaterial?**

..... ja ..... Nein wenn ja, der Versorger.....

**13 c) Liegt ein Bescheid der Pflegekasse vor:**

---- ja Pflegegrad: 1 2 3 4 5 (Kopie Bescheid beigelegt)

---- nein ----- beantragt

**13 d) Wurde Notwendigkeit eines vollstationären Heimeinzugs durch Pflegekasse festgestellt?**

---- ja ---- nein ----- beantragt oder

**Besteht vorläufige Pflegebedürftigkeit?**

---- ja ---- nein

---

**14 a) Name Hausarzt:** .....

**Anschrift:** .....

**Telefon:** .....

**14 b) Name Facharzt:** .....

**Anschrift:** .....

**Telefon:** .....

**14 c) Name Facharzt:** .....

**Anschrift:** .....

**Telefon:** .....

**14 d) Name Facharzt:** .....

**Anschrift:** .....

**Telefon:** .....

**14 e) Name Facharzt:** .....

**Anschrift:** .....

**Telefon:** .....

**14 f) Name Facharzt:** .....

**Anschrift:** .....

**Telefon:** .....

---

**15. Gewünschte Wohnmöglichkeit:**

---- Einzelzimmer                      ---- Doppelzimmer

**16. Verbindlicher Einzugstermin:**

---- Dauerpflege ab: .....

---- Kurzzeitpflege von ..... bis .....

Hinweis:

Bei späterem Antritt des Kurzzeit-/Dauerpflegeplatzes wird ein Reservierungspreis pro Tag der Nichtinanspruchnahme des Pflegeplatzes in Höhe von 75 € in Rechnung gestellt.

---

**17. Hinweise, Bemerkungen u. Ergänzungen :**

.....  
.....

---

**18. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei    ---- ja    ---- nein**

---

**19. Rechnungsempfänger: .....**

.....

**Breitenworbis, den .....**

**Unterschrift des Antragstellers: .....**

---

**(Sollten Sie Ihre Anmeldung zum Heimeinzug zurückziehen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung)**