EDMUND-HILVERT-HAUS
Senioreneinrichtung der katholischen Kirchengemeinde Heilige Dreifaltigkeit

Roßstraße 79 Tel.: 0211/43 49 41 E-Mail: info@edhh.de
40476 Düsseldorf Fax: 0211/43 40 83 Internet: www.edhh.de

A U F N A H M E A N T R A G

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Konfession: _____

Geburtsort :_____ Geb.-Datum: _____

derzeitige Wohnanschrift: _____

Telefon: _____ Familienstand: _____

Krankenkasse: _____ Rezeptgeb.-befreit ◻ ja ◻ nein

Mitgliedsnummer:_____

Name, Anschrift und Tel.Nr.: der Kinder/Bevollmächtiger:
Falls kinderlos, Anschrift und Telefon-Nummer eines weiteren Ansprechpartners:

_____

_____

_____

_____

Eine Betreuung ist vorhanden ◻ ja ◻ nein
Beihilfeberechtigt ◻ ja ◻ nein
Pflegeeinstufung ◻ Stufe 0 ◻ Stufe 1 ◻ Stufe 2 ◻ Stufe 3
Pflegestufe ist beantragt ◻ ja ◻ nein Höherstufung ist beantragt ◻ ja ◻ nein
Heimnotwendigkeitsbescheinigung ◻ liegt vor ◻ ist beantragt
Ich bitte um Unterbringung in einem ◻ Einzelzimmer ◻ Doppelz./Ehepaarz.

Die Heimkosten werden gezahlt ◻ von mir (Höhe der Rente Euro _____)
◻ Öffentlicher Kostenträger
Welcher Arzt behandelt Sie?_____
Soll das auch zukünftig der Fall sein? ◻ ja ◻ nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Besonderheiten: _____