



ALTEN- UND PLEGEHEIM ST. RAPHAEL

HOSPITALORDEN VOM HL. JOHANNES VON GOTT

Forellenweg 3
61462 Königstein/Taunus

Telefon: 06174 / 9269-0
Telefax: 06174 / 9269-26

E-Mail: verwaltung@barmherzige-koenigstein.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem Arztfragebogen einsenden.)

1. Name: Vornamen:

2. Geburtstag: Geburtsname:

Geburtsort / Kreis / Land

3. Adresse:

Telefon: Fax:

4. Derzeitiger Aufenthalt:

(Krankenhaus/ Kurzzeitpflege o.ä.)

5. Familienstand: 6. Nationalität: 7. Konfession:

8. Angehörige:

1. Name:

Anschrift:

wie verwandt: Telefon privat: Telefon dienstlich: E - Mail:

...../...../...../.....

2. Name:

Anschrift:

wie verwandt: Telefon privat: Telefon dienstlich: E - Mail:

...../...../...../.....

Für weitere Anschriften bitte die Rückseite verwenden !

9. Betreuung oder Name:

Vollmacht:

Anschrift:

Telefon privat: Telefon dienstlich: Fax: E - Mail:

...../...../...../.....

Umfang der Betreuung

oder Vollmacht:

10. Hausarzt:

Name, Anschrift und Telefon:

.....

11. Kranken- und Pflegekasse:

(Name, Anschrift, Pflegestufe und Versicherungsnr.)

12. Kostenträger: Selbstzahler öffentlicher Kostenträger

13. Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer Aufnahmeterrin:

x

x

x

Ort / Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden

und

des Antragstellers