



A1 F Anmeldung

Alice-Altenheim
Dieburger Straße 31 B
64287 Darmstadt
Tel.: 06151/4024030

Datum der Aufnahme:
Zimmer-Nr.:
(wird durch das Heim ausgefüllt)

Personalien:

Familienname: _____

Vorname(n): _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Religion: _____

Familienstand: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Kostenträger: Selbstzahler Beihilfe Pflege-/Krankenkasse Sozialamt

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Patientenverfügung: JA NEIN

Nächste Angehörige:

Name/Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter: Vollmacht Betreuung Betreuung beantragt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____



A1 F Anmeldung

Einstufung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen:

Pflegegrad: _____ Datum der letzten Einstufung/Kontrolle: _____

Bisherige Versorgung:

- allein lebend durch Familienangehörige Ambulanter Dienst
 sonstige Versorgung _____

Hilfsmittel:

- Rollstuhl Rollator Gehstock Hörgerät Zahnprothesen Brille

Diagnosen:

Größe: _____ Gewicht: _____

Allergie: _____

Persönliche Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift