

Uhlandstr. 37, 41372 Niederkrüchten  
☎ 02163/98306-0 Fax 02163/98306-190  
info@stiftung-elmpt.de

**Nachname** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Strasse** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthalt** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **Geburtsort** \_\_\_\_\_

**Geburtsname** \_\_\_\_\_

**Geschlecht**  männlich  weiblich

**Familienstand**  verheiratet  verwitwet  ledig  geschieden

**Kategorie**  vollstationäre Pflege  Kurzzeitpflege

**Zimmerwunsch**  Einzelzimmer  Doppelzimmer

**Staatsangehörigkeit** \_\_\_\_\_ **Bundesland** \_\_\_\_\_

**Konfession** \_\_\_\_\_

## Daten zum Ehepartner

**Nachname** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Strasse** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Hochzeitsdatum** \_\_\_\_\_

Vom Amtsgericht wurde ein Betreuer bestellt:  ja  nein

Beim Amtsgericht ist ein Betreuer beantragt:  ja  nein

## Betreuer/ Bevollmächtigter

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Wichtigster Angehöriger

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Beziehung \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Uhlandstr. 37, 41372 Niederkrüchten  
☎ 02163/98306-0 Fax 02163/98306-190  
info@stiftung-elmpt.de

## Weitere Vertrauensperson

<b>Nachname</b>	_____
<b>Vorname</b>	_____
<b>Strasse</b>	_____
<b>Ort</b>	_____
<b>Telefon</b>	_____ <b>Beziehung</b>
<b>Handy</b>	_____ <b>E-Mail</b>

## Weitere Vertrauensperson

<b>Nachname</b>	_____
<b>Vorname</b>	_____
<b>Strasse</b>	_____
<b>Ort</b>	_____
<b>Telefon</b>	_____ <b>Beziehung</b>
<b>Handy</b>	_____ <b>E-Mail</b>

## Hausarzt

<b>Nachname</b>	_____
<b>Vorname</b>	_____
<b>Strasse</b>	_____
<b>Ort</b>	_____
<b>Telefon</b>	_____
<b>Telefax</b>	_____ <b>E-Mail</b>

Uhlandstr. 37, 41372 Niederkrüchten  
 ☎ 02163/98306-0 Fax 02163/98306-190  
 info@stiftung-elmpt.de

<b>Beihilfeberechtigt KOF (Kriegsopferfürsorge)</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Krankenkasse

Name _____	Telefon _____
Strasse _____	Telefax _____
PLZ/Ort _____	KV-Nr. _____

<b>Aktueller Pflegegrad:</b> _____	<b>seit: (Datum)</b> _____
<b>Ein-/Höhergradierung beantragt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Pflegekasse

Name _____	Telefon _____
Strasse _____	Telefax _____
PLZ/Ort _____	KV-Nr. _____

## Aufnahmedringlichkeit

<p>➤ <b>dringend, Aufnahme so schnell wie möglich gewünscht (<u>Warteliste</u>)</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Bitte informieren Sie uns sobald der Bedarf für einen Heimplatz nicht mehr besteht oder sich eine Änderung ergeben hat. Falls wir Ihnen sechs Monate nach Anmeldung keinen Platz anbieten konnten und auch von Ihnen keine Rückmeldung erhalten haben, werden wir Ihre Anmeldeunterlagen vernichten.</p>
<p>➤ <b>vorsorgliche Anmeldung (<u>nicht auf Warteliste</u>)</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Bitte informieren Sie uns sobald sich Ihre Situation verändern sollte, z. B. dringender Aufnahmewunsch. Falls wir zwei Jahre nach Anmeldung keine Rückmeldung erhalten, werden wir Ihre Anmeldeunterlagen vernichten.</p>

Wie wurden Sie auf unser Haus aufmerksam? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Bewerbers oder  
gesetzlichen Vertreters)