



Katholisches Altenpflegeheim

„Schwester Elisabeth Rivet“

Heidmühlenstraße 11

Telefon: 0395/5631-0

Fax: 0395/544 25 73

E-Mail: [Schw.Elisabeth-Rivet@caritas-im-norden.de](mailto:Schw.Elisabeth-Rivet@caritas-im-norden.de)

Nr.: \_\_\_\_\_

vorsorglich:

dringlich:

## **ANTRAG**

auf Aufnahme in das Katholische Altenpflegeheim  
„Schwester Elisabeth Rivet“

### **1 Personalien:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

### **2 Angehörige:**

• Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

• Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

• Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### **3 gesetzliche Betreuung/ Vorsorgevollmacht:**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

#### 4 Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KV-Nummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Antrag gestellt: \_\_\_\_\_

Zurzeit betreuender Pflegedienst: \_\_\_\_\_

#### 5 Ärzte:

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

##### 5.1. Weitere Ärzte

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

##### 5.2. wichtige Diagnosen

---

---

##### 5.3. besonderer Hilfebedarf, Hilfsmittel u.s.w.

---

---

#### 6 Sonstiges: Ergänzungen (z.B. abweichender Aufenthalt, Terminwünsche etc.)

Sondennahrung ja  nein  Sozialhilfeempfänger ja  nein

---

---

**Ich stimme der Datenspeicherung zu. Mir ist bewusst, mein Antrag hat eine Gültigkeit von max. 5 Jahren. Bei Bedarf über dieses Zeitfenster hinaus, muss ein Folgeantrag gestellt werden.**

**Sollte eine Heimaufnahme nicht mehr erforderlich sein, erfolgt zeitnah eine Abmeldung.**

Neubrandenburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Unterschrift Antragsteller]

Entgegengenommen durch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_