



**Caritasheim St. Elisabeth**  
 Heidelberger Straße 50  
 64625 Bensheim  
 Tel.: 06251-1080-0  
 Fax.: 06251-1080-80  
 E-Mail: ch.bensheim@caritas-bergstrasse.de



## - M e l d e b o g e n -

Diese Anmeldung verpflichtet Sie nicht, tatsächlich in das Caritasheim einzuziehen. Sie ist insofern unverbindlich und bedeutet die Aufnahme in eine Warteliste, um zu gegebener Zeit ein Aufnahmeangebot entsprechend Ihren Wünschen zu erhalten.

Name .....	Vorname .....
Geburtsname .....	Geburtsdatum .....
Geburtsort .....	Staatsangehörigkeit .....
Anschrift .....	
.....	Telefon .....
Familienstand .....	Konfession .....
früherer Beruf .....	Hausarzt .....
Krankenkasse .....	Versicherten-Nr. ....
Pflegegrad.....	beantragt am .....
	bewilligt am .....

Name des **Ehegatten** .....

Tag der Eheschließung ..... Ort der Eheschließung .....

ggf. wann und wo verstorben .....

Gewünschter **Einzugstermin**: .....

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>dringend</b> | <input type="checkbox"/> baldmöglichst | <input type="checkbox"/> vorsorglich |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer    | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer  |                                      |

Derzeitiger Aufenthaltsort:

- |                                      |                                     |                                   |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Rehaklinik | <input type="checkbox"/> zu Hause |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|

Adresse: .....

.....

**Angehörige/ Bezugspersonen**

Name: ..... Vorname: .....

Verwandtschaftsgrad:.....

Anschrift: .....

Telefon ..... Handy: .....

**Vollmachten/ Betreuung**

Vorsorgevollmacht vom .....

übertragen an: .....

Gerichtliche Betreuung

übertragen an: .....

Aktenzeichen: ..... Gültig bis: .....

Patientenverfügung       ja       nein

**Gesundheitszustand/ Krankheiten**

.....  
.....

**Zusätzliche wichtige Informationen** (z.B. Allergien, Anfallsleiden, Herzschrittmacher)

.....  
.....

**Besondere Wünsche/ Anmerkungen:** .....

.....

**Nennen Sie uns bitte Gründe, warum Sie sich für das Caritasheim entschieden haben:**

.....  
.....

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

Notizen der Heimleitung: .....