

# Aufnahmebogen



**Ansprechpartner:**  
Hr. Agim Sulejmani, Tel.: 040 60 60 13 60, E-Mail [sulejmani@hzhg.de](mailto:sulejmani@hzhg.de)

Hospital zum Heiligen Geist  
Kundenzentrum  
Hinsbleek 11, 22391 Hamburg  
☎ 040 – 6060 1111  
Fax 040 – 6060 1129  
[www.hzhg.de](http://www.hzhg.de)

Wohnen mit Service       Rundum-Pflege       Solitäre Kurzzeitpflege

von  bis

## Persönliche Daten

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Straße, PLZ, Ort <input type="text"/>			
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Früherer Beruf	<input type="text"/>	Familienstand	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
Vorname Ehegatte	<input type="text"/>	Früherer Beruf Ehegatte	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> lebt	<input type="checkbox"/> verstorben	am	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Mitgliedsnummer	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert		
Pflegekasse	<input type="text"/>	Pflegegrad	<input type="text"/>
Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)	<input type="text"/>		

### Weitere Angaben

 Altersrente

 Witwenrente

 Pension

 Betriebsrente

 Sonstige Renten (z.B. Opferrenten)

 Blindengeld

Monatliche Gesamteinkünfte

Vermögen, Ersparnisse

 Selbstzahler

 Wohnungseigentum

 Leistungen der Sozialhilfe

 Beihilfeberechtigung

### Nächste Angehörige

 Name, Beziehungsgrad,  
Anschrift, E-Mail und  
Telefonnummer

 Bevollmächtigt

 Rechnungsempfänger

 Name, Anschrift, E-Mail und  
Telefonnummer

 Bevollmächtigt

 Rechnungsempfänger

 Patientenverfügung  Ja  Nein

 Bitte reichen Sie **vor** Einzug Kopien der obigen Dokumente ein.

Datum

Name des Antragstellers, auch gern in Druckbuchstaben



**Hinweis: Dieses Dokument ist ohne Unterschrift gültig.**