



Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Haus Abendfrieden

Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden.

Vor- und Zuname			geborene	
Adresse	Straße · PLZ · Ort		Telefon	
Persönliche Daten	Geburtsdatum	Geburtsort		
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit	
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)	Straße · PLZ · Ort		Telefon	
Angehörige	1. Name			
		Straße · PLZ · Ort		
		Verwandtschaftsgrad	Telefon	
	2. Name			
		Straße · PLZ · Ort		
		Verwandtschaftsgrad	Telefon	
Hausarzt	Name			
	Straße · PLZ · Ort		Telefon	
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?			
Krankenkasse			Vers.-Nr. <input type="text"/> Pflegestufe <input type="text"/>	
Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	Termin zur Aufnahme <input type="text"/>	
Besonderheiten				
Betreuer (nach Betreuungsrecht)	Name			
	Straße · PLZ · Ort		Telefon	
	Wirkungskreis der Betreuung			

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Aufzunehmenden (nur, wenn nicht Personengleichheit)
-------------------	--	--