

# Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Abendfrieden

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden  
(nur, wenn nicht Personengleichheit)