

für das Seniorenzentrum

Haus im Sommerrain

für das Seniorenzentrum

Haus auf dem Killesberg

Die Aufnahme soll erfolgen für:

Kurzzeitpflege

Dauerpflege

Die Aufnahme ist:

dringend

vorsorglich

Die Aufnahme soll erfolgen ab:

1 Geburtsname/ Familienname

2 Vorname(n)

3 Geboren

am

in

4 Hauptwohnsitz

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Tel/ Mobil

E-Mail

5 Derzeitiger Aufenthalt

bei/ im

6 Familienstand

Verheiratet

Verwitwet

Geschieden

Ledig

7 Konfession

ev.

kath.

sonstige

keine

8 Staatsangehörigkeit

9 Rechnungsempfänger

selbst

Betreuer

Bevollmächtigte/r

Angehörige/r

Nächste Angehörige

Name

Straße, Hausnummer

10 Ehepartner

PLZ, Ort

Kind

Tel/ Mobil

sonstige Vertrauensperson

11 Gesetzlicher Betreuer/in

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Tel/ Mobil

Fax

E-Mail

	Name
	Straße, Hausnummer
12 1. Generalbevollmächtigte/r	PLZ, Ort
	Tel/ Mobil
	E-Mail

	Name
	Straße, Hausnummer
13 2. Generalbevollmächtigte/r	PLZ, Ort
	Tel/ Mobil
	E-Mail

	Name
	Straße, Hausnummer
13 Hausarzt	PLZ, Ort
	Tel/ Mobil
macht Hausbesuche	Fax
ja nein	E-Mail

	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
14 Name der Kasse:	Telefonnummer
privat gesetzlich	Versicherungsnummer

15 Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
	kein PG		beantragt am		

16 Rezeptgebühr	befreit bis
	nicht befreit

17 Schwerbehindertenausweis	Ja	Merkmal:
	Nein	

18 Zahlung des Heimentgeltes/ Miete erfolgt durch	Pflegekasse	Vermögen	Rente
	Sozialamt	Antrag gestellt am:	

19 Wie wurden Sie auf uns Aufmerksam?	durch Informationsmaterial	Internet
	Empfehlung	Presse
	MDK Transparenzbericht	Informationsstand
	Sonstiges	

20 Bermerkungen/ Ergänzungen/ Hinweise	
---	--

Ort/ Datum der Antragstellung	Unterschrift Antragssteller
-------------------------------	-----------------------------