



Seniorenzentrum Sauerlach

Andreasstr. 18 / 82054 Sauerlach
Tel 08104-8893-0 Fax 08104-8893-20

Einfach vollständig ausfüllen, alle Nachweise in Kopie beifügen, wir bitten dabei auf Heftklammern zu verzichten – danke ☺

Anmeldung zur Aufnahme unverbindlich		Abgabe / Einreichung zusammen mit dem von Ihrem Hausarzt ausgefüllten Fragebogen		
	<input type="checkbox"/> AKUT	<input type="checkbox"/> VORSORGLICH (nur für Bürger*innen aus Sauerlach)		
Anfrage für	Stationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Pflege im geronto- psych. Bereich <input type="checkbox"/>	Kurzzeit- pflege <input type="checkbox"/>	Tages- pflege <input type="checkbox"/>
Vorname- und Zuname _____				
Geburtsname _____		Familienstand _____		
Konfession _____		Staatsangehörigkeit _____		
Geburtsdatum/-ort	Geburtsdatum		Geburtsort	
Adresse Ausweiskopie beifügen	Straße, Nr. _____			
	PLZ / Ort _____			
	Telefon _____			
	E-Mail _____			
Angehörige*r (Kontaktperson, Ansprechpartner, Bevollmächtigte*r) weitere Ansprechpartner bitte auf Beiblatt	Name und Kontaktdaten: (Anschrift, Tel. Mobil, E-Mail etc.) _____ _____ _____			



Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder anderer stationärer Einrichtung bitte entsprechende Adresse angeben)	Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Rehaeinrichtung <input type="checkbox"/> Adresse
Betreuung / Betreuungsverfügung oder Vollmacht, Vorsorgevollmacht Patientenverfügung Jeweilige Kopie beifügen	Besteht eine Betreuung (Betreuungsrecht über Amtsgericht) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vollmacht vorhanden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vollmachtnehmer*in wie oben <input type="checkbox"/> Andere Person (Name, Adresse)
Aktueller Hausarzt	Name Straße, Nr. PLZ/Ort Telefon/Fax /
Hausarzt nach Umzug ins Seniorenzentrum	<input type="checkbox"/> Dr. Andratschke <input type="checkbox"/> Dr. Kraus <input type="checkbox"/> Dr. Schöpfer
Krankenkasse Zuzahlungsbefreit Beihilfeberechtigt	 Ja <input type="checkbox"/> Nachweis beifügen Ja <input type="checkbox"/> Nachweis beifügen

