



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

Anmeldung zur Aufnahme unverbindlich	Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen entsenden.			
Anfrage für	Stationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Pflege im gerontopsychiatrischen Bereich <input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Tagespflege <input type="checkbox"/>
Vorname- und Zuname				
Geburtsname				
Geburtsdatum/-ort	Geburtsdatum	Geburtsort		
Adresse	Straße, Nr.	_____		
	PLZ / Ort	_____		
	Telefon	_____		
	E-Mail	_____		
Beruf	_____			
Familienstand	_____			
Konfession	_____			
Staatsangehörigkeit	_____			
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder anderer stationärer Einrichtung bitte entsprechende Adresse angeben)	_____ _____			



Angehörige	Vor- und Zuname		
	Verwand-	_____	
	schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
	Telefon		
Angehörige	E-Mail		
	Vor- und Zuname		
	Verwand-	_____	
	schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
Angehörige	Telefon		
	E-Mail		
	Vor- und Zuname		
	Verwand-	_____	
	schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.		
Angehörige	PLZ/Ort		
	Telefon		
	E-Mail		
	Besteht eine Betreuung		
	Ja <input type="checkbox"/>		
	Nein <input type="checkbox"/>		
Betreuung (nach Betreuungsrecht)	Betreuung beantragt		
	Ja <input type="checkbox"/>		
	Nein <input type="checkbox"/>		
Vollmacht vorhanden			
Ja <input type="checkbox"/>			
Nein <input type="checkbox"/>			



Wenn ja,	Vor- und Zuname des*der Betreuer*in _____	
	Straße, Nr. _____	
	PLZ/Ort _____	
	Telefon _____	
	E-Mail _____	
Wirkungskreis der Betreuung		
Hausarzt	Name _____	
	Straße, Nr. _____	
	PLZ/Ort _____	
	Telefon/Fax _____ /	
	E-Mail _____	
Krankenkasse	Name _____	
	Versicherten- nummer _____	
Zuzahlungs-befreit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Pflegegrad seit wann: _____	Kein <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/> am _____
Gewünschte Unterbringung (entfällt bei Tagespflege)	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
Wunschtermin zur Aufnahme	Datum _____	
	Bei Kurzzeitpflege	Von _____ Bis _____



Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag ist gestellt <input type="checkbox"/> Seit _____
	Wenn ja, welches Sozialamt?
Besteht eine Patienten-Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Vorsorgevollmacht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bankverbindung	Geldinstitut _____
	IBAN _____
	BIC _____
Woher haben Sie Kenntnis von der Einrichtung Internet, Presse, Empfehlung z. B. vom Hausarzt usw.	
	Kostenträger <input type="checkbox"/> Pflegekasse Selbstzahler <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Interessent*in

Vertreten durch:
