



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

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



<b>Angehörige</b>	Vor- und Zuname		
	Verwandtschaftsgrad		
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
	Telefon		
	E-Mail		
<b>Angehörige</b>	Vor- und Zuname		
	Verwandtschaftsgrad		
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
	Telefon		
	E-Mail		
<b>Betreuung (nach Betreuungsrecht)</b>	Besteht eine Betreuung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	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		



<b>Aktueller Hausarzt</b>	Name _____		
	Straße, Nr. _____		
	PLZ/Ort _____		
	Telefon/Fax _____ / _____		
	E-Mail _____		
<b>Krankenkasse</b>	Name _____		
	Versicherten-Nr _____		
<b>Zuzahlungsbefreit</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Impfstatus</b> Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> 1-fach am _____ <input type="checkbox"/> 2-fach am _____ <input type="checkbox"/> 3-fach am _____ <input type="checkbox"/> 4-fach am _____		
<b>Pflegegrad</b> seit wann: _____	Be- antrag <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>	
<b>Gewünschte Unterbringung</b> (entfällt bei Tagespflege)	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>		
<b>Wunschtermin zur Aufnahme</b>	Datum _____		
	Bei Kurzzeitpflege	Von _____	Bis _____
<b>Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sozialhilfeantrag ist gestellt <input type="checkbox"/> Seit _____
	Wenn ja, welches Sozialamt? _____		
<b>Besteht eine Patienten-Verfügung?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Besteht eine Vorsorgevollmacht?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Bankverbindung</b>	Geldinstitut _____
	IBAN _____
	BIC _____
<b>Woher haben Sie Kenntnis von der Einrichtung Internet, Presse, Empfehlung z. B. vom Hausarzt usw.</b>	
<b>Kostenträger</b>	Pflegekasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Interessent\*in

Vertreten durch:  
  
\_\_\_\_\_