



**Seniorenzentrum Sauerlach**

Andreasstr. 18 / 82054 Sauerlach

Tel 08104-8893-0 Fax 08104-8893-20

**Bitte unbedingt vollständig ausfüllen und Nachweise in Kopie beifügen, danke**

<b>Anmeldung zur Aufnahme</b>		Abgabe / Einreichung zusammen mit dem		
<b>unverbindlich</b>		<u>vom Arzt</u> ausgefüllten Fragebogen		
	<input type="checkbox"/> AKUT	<input type="checkbox"/> VORSORGLICH (Warteliste)		
<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>Familienstand</b>				
<b>Konfession</b>				
<b>Staatsangehörigkeit</b>				
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b> (bei Krankenhaus oder anderer stationärer Einrichtung bitte entsprechende Adresse angeben)				



<b>1. Angehörige*r (Kontaktperson, Ansprech- partner)</b>	Vor- und Zuname	_____	
	Verwand- schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.	_____	
	PLZ/Ort	_____	
	Telefon	_____	
	E-Mail	_____	
<b>2. Weitere*r Angehörige*r</b>	Vor- und Zuname	_____	
	Verwand- schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.	_____	
	PLZ/Ort	_____	
	Telefon	_____	
	E-Mail	_____	
<b>Betreuung (nach Betreuungsrecht durch Amtsgericht)</b>  <b>Nachweis beifügen</b>	Besteht eine Betreuung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Vollmacht vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	wie unter 1.	<input type="checkbox"/>	
	Andere Person	<input type="checkbox"/>	
	Komplette Anschrift	_____	



<b>Aktueller Hausarzt</b>	Name	
	Straße, Nr.	PLZ/Ort
	Telefon/Fax	/
<b>Hausarzt nach Umzug ins Seniorenzentrum</b>	<input type="checkbox"/> Dr. Abbushi	<input type="checkbox"/> Dr. Andratschke
	<input type="checkbox"/> Dr. Kraus	<input type="checkbox"/> Dr. Schöpfer
<b>Krankenkasse</b>		
<b>Zuzahlungsbefreit</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nachweis beifügen	
<b>Beihilfeberechtigt</b>	Ja <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 seit wann:</b> Nachweis beifügen	Be-antragt	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>Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag wurdet gestellt <input type="checkbox"/> am _____	
	Wenn ja, welches Sozialamt?	
<b>Besteht eine Patienten-Verfügung?</b> Kopie beifügen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	



<b>Besteht eine Vorsorgevoll- macht?</b> Kopie beifügen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Bankverbindung</b>	Geldinstitut _____ IBAN DE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Kostenträger</b>	Pflegekasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>

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

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

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

**WICHTIG:**

Wir bitten Sie sich spätestens alle 6 Monate zu melden (gerne per Mail) –  
Melden Sie sich nicht, werden nach 12 Monaten werden Ihre Anmeldeunterlagen  
datenschutzkonform vernichtet.