



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



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



|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pflegegrad seit wann:</b> _____<br><b>Nachweis beifügen</b> | Be-<br>antragt<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> |
| <b>Gewünschte Unterbringung</b><br>(entfällt bei Tagespflege)  | Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                    |
| <b>Unterstützung durch Sozialhilfe notwendig?</b>              | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag<br>wurde gestellt <input type="checkbox"/> am _____                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |
|                                                                | Wenn ja, welches<br>Sozialamt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |
| <b>Bankverbindung</b>                                          | Geldinstitut _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                    |
|                                                                | IBAN<br>DE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                                                                                    |
| <b>Kostenträger</b>                                            | Pflegekasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Interessent\*in bzw. Vertreter\*in

### WICHTIG !

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