



Seniorenzentrum Sauerlach

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

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen und Nachweise in Kopie beifügen, danke

Anmeldung zur Aufnahme unverbindlich		Abgabe / Einreichung zusammen mit dem <u>vom Arzt</u> 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 gerontopsych. Bereich <input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Tagespflege <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: _____ _____ _____			



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 / Betreuungs- verfügung oder Vollmacht, Vorsorgevollmacht Patienten- verfügung Nachweis 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	Ja <input type="checkbox"/> Nachweis beifügen
Beihilfeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nachweis beifügen



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