



Seniorenzentrum	
------------------------	--

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)	Straße, Nr.	_____		
	PLZ / Ort	_____		
	Telefon	_____		



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

Ort, Datum

Interessent*in

Vertreten durch:
