

Anmeldung zur Heimaufnahme

Vollstationäre Aufnahme:

Kurzzeitpflege:

Aufnahme am: _____ bis (bei Kurzzeitpflege): _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

Anschrift (polizeilich gemeldet) _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____ Familienstand: _____

Kranken-Pflegekassen: _____ Pflegestufe: _____

Versicherungsnummer: _____

Betreuer: (bitte Bestellsurkunde/Vollmacht in Kopie beifügen) _____

Name: _____ Vorname: _____ verwandt? _____

Straße u. Hausnummer: _____

PLZ u. Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Angehörige: _____

Verwandtschaftsgrad? _____ Name: _____ Vorname: _____

Straße u. Hausnummer: _____

PLZ u. Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Verwandtschaftsgrad? _____ Name: _____ Vorname: _____

Straße u. Hausnummer: _____

PLZ u. Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Hausarzt: Name: _____ Telefon: _____

Besondere Bemerkungen: _____

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. _____

_____, den _____

(Unterschrift Bewohner/Betreuer)