

Tel.: 03583 68660 / Fax 686686

Eingegangen am:

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name, Vorname: ..... Geburtsname: .....

Geburtstag: ..... Geburtsort: .....

Wohnanschrift: ..... Telefon: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Familienstand: ..... Konfession: .....

Beruf, letzte Tätigkeit: .....

Ehepartner (Name, Beruf, Datum der Eheschließung): .....

Angehörige (Name, Adresse, Telefon): .....

..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

Angehörige (Name, Adresse, Telefon): .....

..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

Betreuer (Name, Adresse, Telefon): .....

..... gerichtlich / notariell: .....

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): .....

Pflegekasse (Name, Mitglieds-Nr.): ..... Pflegegrad: .....

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand):

Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag
--------------------	-----------------	--------

.....

.....

Sonstige Kostenträger (z.B. Sozialamt): .....

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer  Doppelzimmer

Gewünschter Aufnahmetag: .....

Diät notwendig? (Welche? Warum?) .....

Antragsgründe (Diagnosen, insulinpflichtig, Allergien) : .....

.....

.....

Die Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich.

Ort, Datum .....

Unterschrift .....