

Vormerkung zur Aufnahme

Bitte füllen Sie den Vormerkbogen vollständig aus. Im Falle eines kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Sollten Sie hierzu Fragen haben bzw. Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Wenn das Alten- und Pflegeheim nicht binnen eines Jahres Ihre Nachricht erhält, dass Sie weiter Interesse haben, wird die Vormerkung als gegenstandslos betrachtet.

Anmeldung zur Aufnahme

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Wohnbereich |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |

Von der Einrichtung zu bearbeiten:

Zimmer Nr.: _____

Vertragsdatum: _____

Einzugsdatum: _____

Liegt bereits eine Einstufung vor?

Ja

Nein

Ambulante Pflegestufe: _____

Stationäre Pflegestufe

beantragt

Gewünschter Einzugsstermin:

1. Persönliche Daten der Interessentin / des Interessenten

Familienname / Titel: _____

Vorname(n)
(Rufname unterstreichen): _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: verheiratet ledig geschieden verwitwet

Konfession / Religion: evangelisch röm.-kath. andere keine

Derzeitige Wohn- / Postanschrift:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

 Telefon-Nr. _____

 Fax-Nr. _____

 Mobil-Nr. _____

Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Wohnanschrift):

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

 Telefon-Nr. _____

 Fax-Nr. _____

2. Angehörige / Ansprechpartner

2.1 EhepartnerIn BetreuerIn BevollmächtigteR

Familienname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon-Nr. (privat) _____

☎ Telefon-Nr. (geschäftl.) _____

☎ Mobil-Nr. _____

Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

2.2 Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon- Nr. (privat) _____

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.) _____

☎ Mobil-Nummer _____

Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

2.3 Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon- Nr. (privat) _____

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.) _____

☎ Mobil-Nummer _____

Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

3. Krankenversicherung

Vers. Nr. _____

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

5. Hausarzt

Titel, Familienname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon- Nr. _____

☎ Fax-Nr. _____

☎ Mobil-Nr. _____

Weiterbehandlung im Heim wird fortgeführt
(Bitte im **Vorfeld** mit Hausarzt klären)

Ja

Nein

9. Sonstiges:

0

Ort, Datum

Unterschrift der Interessentin / des Interessenten

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin bzw. der Bevollmächtigten
Unterschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten