



## 1. Anfrage und Erstkontakt

### 1.2 Unterlagen für die Aufnahme F 01 Anmeldung zur Aufnahme

Hohner Weg 10 – 96132 Schlüsselfeld-Aschbach – Tel.: 09555/8097-0 – Fax: 09555/8097-150

|                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| <b>Name</b>        | _____                      |
| <b>Vorname(n)</b>  | _____                      |
| <b>Geburtsname</b> | _____                      |
| <b>Wohnung</b>     | _____                      |
|                    | Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort |

|   |  |
|---|--|
| <b>Gewünschter Aufnahmetermin:</b>          | _____  |
|   | Bei Kurzzeitpflege genaue Dauer des Aufenthalts                        |
| <input type="checkbox"/> Vollstationär      |  |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege     |  |
| <input type="checkbox"/> Verhindertenpflege |  |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege:       | _____  |
|   | Buchung Mo- Fr/ ganz- oder halbtags möglich/ wird Fahrdienst benötigt? |

|   |            |                                      |                                  |
|---|------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Geburtsdaten</b>                                 | _____      | _____                                |                                  |
|   | Geburtstag | Geburtsort (Gemeinde / Kreis / Land) |                                  |
| <b>Familienstand</b>                                | _____      | <b>Konfession</b> _____              | <b>Staatsangehörigkeit</b> _____ |
| <b>Kinder (bei mehreren Ehen getrennte Angaben)</b> | _____      |                                      |                                  |
|   | _____      |                                      |                                  |

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| <b>Angehörige</b> | _____                     |
|                   | a) Name und wie verwandt? |
|                   | _____                     |
|                   | Anschrift und Telefon     |
|                   | _____                     |
|                   | b) Name und wie verwandt? |
|                   | _____                     |
|                   | Anschrift und Telefon     |
|                   | _____                     |
|                   | c) Name und wie verwandt? |
|                   | _____                     |
|                   | Anschrift und Telefon     |
|                   | _____                     |



## 1. Anfrage und Erstkontakt

### 1.2 Unterlagen für die Aufnahme F 01 Anmeldung zur Aufnahme

**Zur Zeit in welchem Krankenhaus bzw. in welcher Einrichtung?**

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Aufnahmetag

\_\_\_\_\_  
Aufnahmegrund

**Betreuer**

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefon

- Vollmacht  
 Betreuung festgelegt durch Amtsgericht

**Die Heimkosten werden aufgebracht durch – zutreffendes bitte ankreuzen**

- Selbstzahler  
 Sozialhilfeträger

**Krankenkasse oder andere Kostenträger/ Niederlassung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mitgliedsnr. der Versicherung** \_\_\_\_\_

**Antrag auf Kurzzeitpflege/ Verhindertenpflege/ Vollstationäre Pflege/ Tagespflege gestellt?**

- Ja  
 Nein

**Zuzahlungsbefreit?**  Ja  Nein

**Hausarzt**

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

**Gewünschte Wohnform:**  Einzelzimmer  Doppelzimmer

**Gewünschter Wohnbereich:**  Tulpenweg  Blumenweg  
 Sonnenweg (beschützend)  Wiesenweg  
 Kornweg  Heideweg

**Wer stellt diesen Antrag für den / die Aufzunehmende/n?**

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, in welcher Eigenschaft?

