



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

Name	_____
Vorname(n)	_____
Geburtsname	_____
Wohnung	_____
	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Gewünschter Aufnahmetermin:	_____
	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?

Geburtsdaten	_____	_____
	Geburstag	Geburtsort (Gemeinde / Kreis / Land)
Familienstand	_____	Konfession _____
		Staatsangehörigkeit _____
Kinder (bei mehreren Ehen getrennte Angaben)	_____	

Angehörige	_____
	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?

