

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11
86554 Pöttmes
Tel.08253/9979310
Fax 08253/1622



Anmeldung zur Heimaufnahme

Dauerpflege

Kurzzeitpflege

1. Name:		Geburtsname:	
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen):			
3. Adresse (Straße, PLZ, Ort): <input type="checkbox"/> polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz			
4. Geburtsdatum:		Geburtsort:	
5. Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig			
6. Konfession:		7. Staatsangehörigkeit:	8. Beruf:
9. Angehörige:			
a) Name, Vorname: _____			
PLZ, Ort, Straße: _____			
Telefon: _____			
Wie verwandt: _____			
b) Name, Vorname: _____			
PLZ, Ort, Straße: _____			
Telefon: _____			
Wie verwandt: _____			
10. Betreuer nach Betreuungsrecht: ⇨ Bitte Kopie Betreuerausweis beilegen!			
a) Name, Vorname: _____			
PLZ, Ort, Straße: _____			
Telefon: _____			

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11
86554 Pöttmes
Tel.08253/9979310
Fax 08253/1622



b) Name, Vorname: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Telefon: _____

11. Vorsorgevollmacht: ⇨ Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!

a) Name, Vorname: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Telefon: _____

12. Patientenverfügung: ⇨ Bitte Kopie der Patientenverfügung beilegen!

ja

nein

13. Hausarzt:

Name: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Telefon: _____

14. Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

keinen Wunsch

15. Gewünschter Aufnahmetermin:

Bei Dauerpflege: vom: _____

Bei Kurzzeitpflege: vom: _____ bis: _____

In anderen Heimen bereits Inanspruchgenommene KZP: ____ Tage

16. Pflegegradbewilligung der Pflegekasse: ⇨ Bitte Pflegesatzbescheid beilegen!

beantragt am: _____ durch: _____

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

17. Kranken- bzw. Pflegekasse:

18. Versicherungsnummer:

19. Zuzahlungsbefreit: ⇨ Bitte Kopie beilegen!

ja

nein

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11
86554 Pöttmes
Tel.08253/9979310
Fax 08253/1622



20. Zusätzliche Betreuungsleistung nach § 87 b:

ja nein

21. Kostenträger:

Selbstzahler

Rechnungsadresse: _____

Sozialhilfe ⇒ Bitte Kopie vom Bescheid beilegen!

Eigenanteil Rente _____ €

22. Zahlungsart (für Selbstzahler bzw. Eigenanteil):

Bitte buchen Sie den monatlich fälligen Betrag von folgendem Konto ab:

IBAN: _____

BIC: _____

per Überweisung

21. Hinweise für die Einrichtung:

22. Interne Vermerke:

Zimmernummer: _____

Zusätzliche Investkosten: EZ DZ APP entfällt

Sonstiges:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers