

ALTENPFLEGEHEIM MÜLLROSE
 AM ZEISIGBERG 6
 15299 MÜLLROSE



TEL.: 033606 88536 / PFLEGEDIENSTLEITUNG (FRAU NEUMANN)
 FAX : 033606 88522

Stand: 10/2020

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Vor- u. Zuname			
Adresse	Straße/Plz/Ort		
			Telefon
derzeitiger Aufenthalt	Straße/Plz/Ort		
			Telefon
Geburtsdatum/-ort	Datum	Ort	
Familienstand		Konfession	Staats-angehörigkeit
Angehörige 1.	Name		
	Straße/Plz/Ort		
	wie verwandt		Telefon
2.	Name		
	Straße/Plz/Ort		
	wie verwandt		Telefon
3.	Name		
	Straße/Plz/Ort		
	wie verwandt		Telefon
Betreuer nach Betreuungsrecht			Telefon
			Telefon
~Wirkungskreis Vertretungs- vollmachten hat ~für			Telefon
Zimmer. Nr.			
Hausarzt	Name		Telefon
	Straße/Plz/Ort		

Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Termin zur Aufnahme

Ergänzungen Bemerkungen Besonderheiten	Krankenversicherungsnummer
	Krankenkasse
	Pflegegrade

Kostenträger Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt ? ja nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig ?
Diese Anmeldung beinhaltet keine Zusage zur Heimaufnahme. Heimaufnahme kommt nur mit Abschluss eines Heimvertrages zustande.

Ort		
Datum		

Unterschrift des Antragstellers zur Kenntnis genommen: PDL

