

Alten- und Pflegeheim Am Kattewall GmbH

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte zusammen mit Ärztlichem Fragebogen zusenden

Vor- und Zuname

geborene

Adresse

Straße

Telefon

PLZ / Ort

Derzeitiger Aufenthalt

Straße

Telefon

PLZ / Ort

Geburtsdaten / -ort

Ort

Datum

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Angehörige

a) Name

b) Name

Straße

Straße

PLZ / Ort

PLZ / Ort

wie verwandt

wie verwandt

Telefon

Telefon

c) Name

d) Name

Straße

Straße

PLZ / Ort

PLZ / Ort

wie verwandt

wie verwandt

Telefon

Telefon

Betreuer (nach Betreuungsrecht)

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Wirkungskreis
der Betreuung

Hausarzt

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Krankenkasse

Pflegestufe

Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer Doppelzimmer Mehrbettzimmer

Termin zur Aufnahme

Hinweise,
Beanstandungen,
Ergänzungen

Kostenträger

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

Ja Nein

| | | |
|----------------------|---------------------------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers | Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |