

Anmeldung zur Aufnahme



Bezirksverband
Schwaben e.V.

Seite 1

per Fax an:

oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Wird von der Verwaltung ausgefüllt!

von bis Zimmer Nr. ☐ DZ ☐ EZ ☐ Kurzzeit bis ☐ stationär

Persönliche Daten

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geboren am

Geboren in

Bei Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben.

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Anschrift

(Bitte den Hauptwohnsitz angeben, an dem Sie auch polizeilich gemeldet sind.)

Straße/ Nr.

PLZ/ Ort

Telefon

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim

(andere Einrichtung)?

.....

.....

.....

Bankverbindung

IBAN

BIC

Institut

Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ Vollstationär ☐ Kurzzeitpflege

☐ beschützende Unterbringung

.....

.....

Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?

.....

.....

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen.

☐ eigene Mittel ☐ Sozialhilfe

weiter auf Seite 2

Anmeldung zur Aufnahme



Bezirksverband
Schwaben e.V.

Name

Seite 2

Angehöriger 1

Wie verwandt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,
Telefax

Email

☐ **Betreuer**

☐ **Bevollmächtigter**

Betreuungs- bzw. Vollmachtsbereich/e:

.....
.....
.....

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,
Telefax

Email

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Angehöriger 2

Wie verwandt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,
Telefax

Email

Hausarzt

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Krankenkasse

Name

Pflegegrad

seit Vers.Nr.

Rezeptgebührenbefreiung?

☐ ja ☐ nein ☐ bis

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle
Fragen vollständig beantwortet sind.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers