

Anmeldung zur Heimaufnahme

(bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden! Die Anmeldung ist kostenlos.
 Es entstehen keinerlei Verpflichtungen für die angemeldete Person und das Seniorenzentrum Sonnhalde.)

1. Vor- und Zuname:			Geburtsname:
2. Geburtsdatum / -ort:			
3. Adresse:	Straße:		
	PLZ/Ort:	Telefon:	
4. Derzeitiger Aufenthalt: (bei Krankenhaus- oder Heimaufenthalt bitte entsprechende Adresse angeben)	Straße:		
	PLZ/Ort:	Telefon:	
5. Familienstand:			Konfession:
6. Angehörige(r):	Name:		Name:
	Straße:		Straße:
	PLZ/Ort:		PLZ/Ort:
	Telefon:		Telefon:
	E-Mail:		E-Mail:
	Verwandsch.-verhältnis:		Verwandsch.-verhältnis:
7. Betreuer (nach Betreuungsrecht) od. Bevollmächtigter:	Name:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:	Telefon:	
	<input type="checkbox"/> verwandt		<input type="checkbox"/> nicht verwandt
Folgende Vollmachten/Verfügungen liegen vor:	<input type="checkbox"/> Generalvollmacht		<input type="checkbox"/> Patientenverfügung
	<input type="checkbox"/> sonstige Vollmacht(-en):		
Wirkungskreis der Betreuung/Vollmacht:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung		<input type="checkbox"/> finanzielle Angelegenheiten
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge		
	<input type="checkbox"/> sonstige Wirkungskreise:		
8. Hausarzt:	Name:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:	Telefon:	
9. Zahnarzt:	Name:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:	Telefon:	
	Möchte Sie eine Mitversorgung unseres Hauszahnarztes?		<input type="checkbox"/> Ja
10. Krankenkasse:			Vers.-nummer:
11. Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> Ja Welcher?: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Nein		
12. Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Egal
13. Hinweise u. Ergänzungen:			
14. Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> Grad 0 <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5		
	Bei keinem Pflegegrad: beantragt am:		durch:
15. Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler		
	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		
16. Gewünschte Art des Aufenthalts:	<input type="checkbox"/> Dauerpflege		<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
	ab:	von:	bis:
17. Unterschrift / Name:	Antragsteller:		Aufzunehmender: