



Seniorenzentrum, John-Weberpals-Str. 33, 96257 Redwitz, Tel. 09574/65260, Fax 652626

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: (Heim oder Krankenhaus): \_\_\_\_\_

Geburtsdaten: am \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Angehörige/Kinder: Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Betreuer: Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ VersichertenNr. \_\_\_\_\_

Vorhandene Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Versicherungsverhältnis (z.B. Rentner, freiw. Mitglied): \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bezeichnung/Anschrift der Kostenträger: \_\_\_\_\_

Selbstzahler: \_\_\_\_\_

Beihilfe: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Sozialhilfe: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  Krankenhaus  stationäre/teilst. Einrichtung  Printmedien  
 Internet  Mundpropaganda  Sonstiges

Diese Anmeldung ist –bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Redwitz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden bzw. des gesetzl. Vertreters