

Seniorenheim "Am Elbufer"

Inh. Karin Bartholomay

Elbufer 3

01814 Bad Schandau

altenheim-schandau@t-online.de

Homepage: www.Seniorenheim-am-Elbufer.de

Tel.: 035022 43115

Fax: 035022 43650

Anmeldung zur Heimaufnahme

| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|
| 1. Vor- und Zuname (Geburtsname) | | | | |
| 2. Adresse | Straße/PLZ/Ort | | Telefon | |
| 3. Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse) | Straße/PLZ/Ort | | Telefon | |
| 4. Geburtsdaten/-ort | Datum | Ort | | |
| 5. Familienstand | 6. Konfession | | | |
| 7. Staatsangehörigkeit | 8. Beruf | | | |
| 9. Angehörige | a) | Name | | |
| | | Straße/PLZ/Ort | | |
| | | wie verwandt | Telefon | |
| | b) | Name | | |
| | | Straße/PLZ/Ort | | |
| | | wie verwandt | Telefon | |
| 10. Vormund oder Pflege | Name | | | |
| | Straße/PLZ/Ort | | Telefon | |
| 11. Hausarzt | Name | | | |
| | Straße/PLZ/Ort | | Telefon | |
| 12. Krankenkasse | | | Pflegegrad | |
| 13. Gewünschte Unterbringung | Einzelzimmer <input type="checkbox"/> | Doppelzimmer <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Termin zur Aufnahme | |
| 14. Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen | | | | |
| 15. Kostenträger | Selbstzahler - Rentenhöhe€ (Kopie Rentenbescheid beilegen) | | | |
| | Muss Unterstützung durch Sozialhilfe beantragt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | Wird bereits Sozialhilfe bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden
