

95447 Bayreuth, Schellingstr. 19 Tel.: 0921/75763-0 Fax: 75763-640

Anmeldung Bewohneraufnahme – Vormerkung - Vorvertrag ausgegeben am:

Bitte beachten!

Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Familienname: _____

Geburtsname: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: led.

verh. seit: _____
Tag/Monat/Jahr

verw.

gesch.

Konfession: ev.

röm.-kath.

ohne

andere: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Früherer Beruf: _____

Hauptwohnsitz: PLZ, Wohnort/Gemeinde: _____

Straße und Hausnummer: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

(Name und Anschrift des Krankenhauses oder des Heimes)

Aufnahmetag: _____

Aufnahmegrund: _____

Angehörige: Bitte in der Reihenfolge nach Entscheidungsbefugnis und Wichtigkeit angeben!

Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!

a) Vor-und Zuname: _____

wie verwandt? _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort, Gemeinde: _____

Telefon: _____

Handy: _____

dienstlich: _____

E-Mail: _____

b) Vor-und Zuname: _____

wie verwandt? _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort, Gemeinde: _____

Telefon: _____

Handy: _____

dienstlich: _____

E-Mail: _____

c) Vor-und Zuname: _____

wie verwandt? _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort, Gemeinde: _____

Telefon: _____

Handy: _____

dienstlich: _____

E-Mail: _____

Rechnungsempfänger : Angehöriger a)

Angehöriger b)

Angehöriger c)

gesetzl. Betreuer (über Amtsgericht)
oder Bevollmächtigter

(Kopie des Betreuerausweises beilegen)
 (Kopie der Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht beilegen)

Vor-und Zuname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort, Gemeinde: _____

Telefon: _____

Handy: _____

dienstlich: _____

Patientenverfügung:

ja (Kopie beilegen)

nein

Herzschrittmacher:

ja

nein

Schwerbehindertenausweis:

ja (Kopie beilegen) Grad der Behinderung:

nein

Krankenkasse: _____

Vollständig geimpft?

ja nein

Datum der Impfungen: _____

Versicherungsnummer der Krankenkasse: _____

Status: _____

(Kopie der Versicherungskarte beilegen)

Pflegegrade: z.Zt. noch keine noch nicht beantragt beantragt am: _____

Grad 1

Grad 2

Grad 3

Grad 4

Grad 5

Zuzahlungsbefreit: von Arzneimitteln

von Krankenfahrten

Hausarzt: _____

Anschrift/Telefon: _____

Kostenübernahme: Selbstzahler

Bezirk - Sozialverwaltung

Antrag zur Übernahme nicht

an: _____

gedeckter Heimkosten wird/wurde gestellt:

am: _____

Monatliches Einkommen:	Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer

Komfort-Einzelzimmer

Doppelzimmer

Appartement

Termin: (Wann wird die Aufnahme gewünscht?)

Tag/Monat/Jahr

Die Vormerkung hat eine Gültigkeit von zwei Jahren! Bitte melden Sie sich vor Ablauf der zwei Jahre, ob noch Interesse an unserem Heim besteht, bzw. ob die Vormerkung verlängert werden soll.

Bayreuth, den _____

Unterschrift: _____