

# Aufnahmeantrag



Evangelischer  
Diakonieverein  
Sindelfingen e.V.

*Leben in Geborgenheit.*

- Altenpflegeheim Burghalde Sindelfingen**  
Burghaldenstr. 88, 71065 Sindelfingen, Tel. 07031-6192-0
- Wohnheim Sindelfingen**  
Burghaldenstr. 88, 71065 Sindelfingen, Tel. 07031-6192-0
- Pflegezentrum Maichingen**  
Sindelfinger Str. 3, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-381096
- Betreutes Wohnen Maichingen**  
Sindelfinger Str. 3, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-381096
- Altenpflegeheim Haus am Brunnen, Maichingen**  
Brunnenstraße 23, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-63304-0
- Altenpflegeheim Haus an der Schwippe, Dagersheim/Darmsheim**  
Dagersheimer Str. 45, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-204688-0

dringliche Anmeldung oder  vorsorgliche Anmeldung

## 1. Angaben zur Person

Name .....  
Vorname .....  
Straße / Nr .....  
PLZ / Ort .....  
Telefon .....  
Geb.Datum .....  
Geb.Name .....  
Geb.Ort .....  
Konfession .....  
Staatsangehörigkeit .....  
Familienstand .....

## 2. Ehepartner/in, Lebenspartner/in

Name .....  
Vorname .....  
Straße / Nr .....  
PLZ / Ort .....  
Telefon: .....  
Privat .....  
Geschäftlich .....  
Mobil .....  
Email-Adr. ....

## 3. Weitere Angehörige / Kontaktpersonen

1. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
Email-Adr. ....

**Telefon:**  
Privat .....  
Geschäftlich .....  
Mobil .....

2. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
Email-Adr. ....

**Telefon:**  
Privat .....  
Geschäftlich .....  
Mobil .....

3. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
Email-Adr. ....

**Telefon:**  
Privat .....  
Geschäftlich .....  
Mobil .....

Ansprechpartner

- angemeldete Person selber,  Ehepartner/in, Lebenspartner/in, oder  
unter  1.  2.  3. genannte Person

#### 4. Gesetzliche Betreuung / Vollmachten

Gesetzliche Betreuung oder  Vollmacht  in Bearbeitung

Name, Vorname .....

Telefon:

Verwandtschaftsgrad .....

Privat .....

Anschrift .....

Geschäftlich .....

Mobil .....

Eine Kopie der Urkunde/Vollmacht bitte unbedingt dieser Anmeldung beilegen!

#### 5. Kostenträger

5.1. Pflegekasse .....

in

Antrag bewilligt für Pflegegrad  1  2  3  4  5

Antrag auf Höherstufung gestellt am

Antrag noch in Bearbeitung

Noch keinen Antrag gestellt

5.2. Sozialhilfe  ja  nein

Datum der Antragstellung ..... Datum der Bewilligung .....

Wenn absehbar ist, dass ihre Ersparnisse nur für wenige Monate ausreichen, nehmen

Sie bitte rechtzeitig Kontakt mit dem zuständigen Sozialamt auf. Bitte sprechen Sie

uns für weitere Informationen an.

#### 6. Hausarzt

Name, Vorname .....

Telefon: .....

Anschrift .....

Ein Arztbericht muss bei Aufnahme vorliegen.

#### 7. Sonstige Bemerkungen

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

Ort, Datum und Unterschrift .....