

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