

Aufnahmeantrag



- 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. 07031-381098
- 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 (Eröffnung Herbst 2011)

<input type="checkbox"/> dringliche Anmeldung	<u>oder</u>	<input type="checkbox"/> 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 Pflegestufe 0 I II III

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