

# Aufnahmeantrag



Evangelischer  
Diakonieverein  
Sindelfingen e.V.

*Leben in Geborgenheit.*

**Altenpflegeheim Haus am Brunnen, Maichingen**  
Brunnenstraße 23, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-63304-141  
**TAGESPFLEGE**

Anmeldung für bestimmte Werkzeuge, bitte ankreuzen:

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag

## 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 .....  
Geb.Datum .....  
Geb.Name .....  
Geb.Ort .....  
Konfession .....  
Staatsangehörigkeit .....

## 3. Weitere Angehörige / Kontaktpersonen

1. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
.....

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

2. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
.....

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

3. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
.....

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

4. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
.....

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

Welche oben genannten Personen sollen in Notsituationen verständigt werden?

Ehepartner/in, Lebenspartner/in  1.  2.  3.  4.

#### 4. Gesetzliche Betreuung / Vollmachten

Gesetzliche Betreuung oder  Vollmacht

Name, Vorname .....

Verwandtschaftsgrad .....

Anschrift .....

Telefon:

Privat .....

Geschäftlich .....

Mobil .....

Eine Kopie der Urkunde 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. Krankenkasse .....

in .....

5.3. Sozialhilfe  ja  nein

Datum der Antragstellung .....

Datum der Bewilligung .....

#### 6. Hausarzt

Name, Vorname .....

Telefon: .....

Anschrift .....

Bitte den ausgefüllten Ärztlichen Bericht dieser Anmeldung beilegen.

#### 7. Sonstige Bemerkungen

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

E-Mailadresse Ansprechpartner .....

Ort, Datum und Unterschrift .....