

Aufnahmeantrag

Pflegezentrum Maichingen

Sindelfinger Straße 3, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-381096

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/in

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

5. Kostenträger

5.1. Pflegekasse

in

Antrag bewilligt für Pflegegrad 1 2 3 4 5

Antrag auf Höherstufung gestellt am

Antrag noch in Bearbeitung

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

7. Weitere Angaben zur Person

Mobilität:

Gehfähig, ggfs. mit Hilfsmitteln

Sitzt überwiegend im Rollstuhl

Bettlägerig

Relevante ärztliche Diagnosen:

Demenzielle Entwicklung

Weitere Diagnosen:

8. Sonstige Bemerkungen

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

Ort, Datum und Unterschrift