

Aufnahmeantrag

- ☐ **Altenpflegeheim Haus an der Schwippe, Darmsheim**
Dagersheimer Str.45, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-204688-0
TAGESPFLEGE



Anmeldung für bestimmte Werktage, 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 _____
Mailadresse _____

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

☐ zusätzliche Betreuungsleistungen

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

Rechnungsempfänger

Ort, Datum und Unterschrift