

# 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
- Altenpflegeheim Haus Allmendäcker, Maichingen**  
Elisabeth-Denis-Weg 2, 71069 Sindelfingen

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 .....

#### 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 .....