

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME



Hermann-Söllner-Str. 15
96337 Ludwigsstadt

Tel.: 09263/9906-31
Fax.: 09263/9906-33
E-Mail: info@ahludwigsstadt.brk.de

Einzug zum
Kurzzeit **Vollstationär** **Tagespflege**

Name, Vorname: _____

Adresse:

Straße, HausNr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt:

(z.B. bei Krankenhausaufenthalt)

Unterkunft: _____

Straße, HausNr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Zur Person: Diese Angaben sind wichtig!!

Geb.- Name: _____

Geb.- Ort: _____ Geb.-Datum: _____

Familienstand: _____ seit wann: _____ (Urkunde etc. vorlegen)

Konfession: _____

Staatsangeh.: _____

Krankenkasse: _____ KV-Nr. _____ Karte gültig bis: _____

Rezeptbefreiung: _____ gültig bis _____

Schwerbehind.: _____ wenn, ja: Grad: _____ (bitte Ausweis vorlegen)

Merkzeichen: B: ___ G: ___ aG: ___ RF: ___ H: ___ BL: ___

Pflegegrad: _____ seit wann: _____ (bitte Bescheid vorlegen)

Kostenübernahme:

Selbstzahler: _____

Pflegekasse: _____

Sozialamt: _____

Zimmerwunsch:

Einzelzimmer: _____

Doppelzimmer: _____

Bildrechte: **mit Bildveröffentlichungen bin ich einverstanden**

bitte wenden

KONTAKTADRESSEN

Angehörige:

Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Angehörige:

Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Angehörige:

Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Betreuer:

(nach Betreuungsrecht)

Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____

Straße, HausNr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Wirkungskreis: _____

Hausarzt:

Name, Vorname: _____

Straße, HausNr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift

In eigener Sache: Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

- Zeitung Prospekt persönliche Empfehlung Internet
 Info-Kanal Sonstiges: _____