

ALTENPFLEGEHEIM ST.MARGARETEN



Internet-Adresse: <http://www.stmargareten-staufen.de/> e-Mail aph-stmargareten@t-online.de
Schlossgasse 1, 79219 Staufen, Tel. 07633/906-0, Fax 07633/906-199

Anmeldung zur Aufnahme im Altenpflegeheim

stationär betreutes Wohnen

Zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen, dem Pflegegradbescheid und der Vorsorgevollmacht einreichen!

Vor- / Zuname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geb.-Ort: _____

Staatsangeh.: _____ Fam.-Stand: _____ Konfession: _____

Heimat-Adresse: _____ Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt; bei Heim- oder Klinikaufenthalt (Name der Klinik oder des Heimes und Aufnahmedatum):

Krankenkasse: _____ beihilfeberechtigt: _____ Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: 2 3 4 5 Einstufung/Höherstufung beantragt am: _____

Ges. Betreuer; Vorsorgebevollmächtigter; Generalbevollmächtigter:

Vor- und Zuname: _____ Telefon (p): _____

Straße: _____ Handy: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon (d): _____

e-mail: _____

Angehörige: (Adresse mit Angabe des Verwandtschaftsgrades u. Tel.-Nr.):

Hausarzt: _____ Telefon des Arztes: _____

Betreuungsverfügung /Vorsorgevollmacht liegt vor ja nein Patientenverfügung liegt vor ja nein

Heimkostenfinanzierung: Einkommen/Vermögen Sozialhilfe Antrag auf Sozialhilfe gestellt? ja nein
 Kriegsoferfürsorge

Die Aufnahme in unser Heim ist mit dem zukünftigen Bewohner besprochen: _____

Der zukünftige Bewohner ist einverstanden? _____

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten

Bitte teilen Sie uns kurz mit, falls sich Ihre Anmeldung in der Zwischenzeit erübrigt hat.

(Stand August 2019)