

Telefon: 07720 / 308-0

E-Mail: info@buergerheim.de

Fax: 07720 / 308908

Homepage: buergerheim.de

Anmeldung zur Aufnahme

Stationär

ab.....

Kurzzeitpflege

von.....

bis.....

Nachname, Vorname

Geburtsname

Adresse

Straße:

PLZ:

Tel.:

Wohnort:

Derzeitiger Aufenthalt

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Kinder: ja

nein

Anzahl:

Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis:

Vor- und Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Verwandtschaftsverhältnis:

Vor- und Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Vorsorgevollmacht ja

nein

Betreuungsverfügung ja

nein

Name:

Str. / PLZ / Ort:

Kopie anbei

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Krankenkasse

gesetzl.

privat

KV-Versicherungsnr.

Pflegegrad

ohne

1

2

3

4

5

beantragt am:

Bitte wenden

Hausarzt

Name: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____

Monatl. Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag

Finanzierung der Heimkosten durch

- Einkommen
- Pflegekasse
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Beihilfeberechtigt
- Zuzahlung durch Sozialamt

Gewünschte Unterbringung

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

Wer stellt diesen Antrag

In welcher Eigenschaft: _____

Name: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

_____, den _____
Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden: _____