

Telefon: 07720 / 308-0

E-Mail:

info@buergerheim.de

Fax: 07720 / 308908

Homepage:

www.buergerheim.de

Anmeldung zur Aufnahme

Stationär	<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>
ab.....		von.....	bis.....

Nachname, Vorname

Geburtsname

Adresse

Straße, Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Tel.:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Kinder:

ja

nein

Anzahl:

Angehörige:

Verwandtschaftsverhältnis:

Vor- und Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Mobil:

Verwandtschaftsverhältnis:

Vor- und Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ:

Wohnort:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Mobil:

Krankenkasse:

gesetzl.

privat

KV-Versicherungsnr.:

Patientenverfügung: ja nein

**Zuzahlungsbefreiung/
Befreiungsausweis:** ja nein

Betreuungsverfügung: ja nein

Vorsorgevollmacht: ja nein

Die Vollmacht läuft auf:

Name:

Straße, Nr.:

Kopie anbei

PLZ / Ort:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Pflegegrad seit: ohne 1 2 3 4 5

beantragt am:

Höherstufe beantragt am:

Hausarzt

Name:

Straße, Nr.:

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

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

_____, den
Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers:

Unterschrift des Aufzunehmenden: