

<p><i>Seniorenhaus Nauheim GmbH</i> Einrichtung für alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen Konrad-Adenauer-Allee 34 - 40 64569 Nauheim Tel. 06152 / 95 52-0 Fax 06152 / 95 52 499</p>	<p><i>Seniorenheim Trebur GmbH</i> Einrichtung für alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen Eichenstr. 10 65468 Trebur Tel. 06147 / 68 98 - 0 Fax 06147 / 68 98 499</p>	<p><i>Seniorenpark Bischofsheim GmbH</i> Einrichtung für alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen Schulstr. 60 65474 Bischofsheim Tel: 06144 / 33 74 0 Fax 06144 / 33 74 499</p>
--	--	---

Anmeldung zur Aufnahme oder Kurzzeitpflege

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Zuname: _____		Geburtsname: _____	
2. Vorname(n) - Rufname bitte unterstreichen -:			
3. Geboren am: _____		in: _____	
<small>(Beim Geburtsort bitte Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)</small>			
4. Wohnung: <small>(Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)</small>		_____	
_____		<small>(Straße und Hausnummer)</small>	
_____		_____	
<small>(Postleitzahl)</small>		<small>(Wohnort, Gemeinde)</small>	
5. Familienstand:		6. Konfession:	7. Staatsangehörigkeit:
8. Zur Zeit in welchem Krankenhaus, oder Einrichtung?		_____	
_____		<small>(Name)</small>	
_____		<small>(Anschrift)</small>	
_____		<small>(Aufnahmetag)</small>	
9. Nur bei Verwitweten: Name des verstorbenen Ehegatten:		_____	
_____		<small>(Vorname) _____ <small>(ggf. Geburtsname)</small></small>	
10. Nur bei Verheirateten:		_____	
_____		<small>(seit) _____ <small>(Ort der Eheschließung)</small></small>	
11. Angehörige:			
a) _____		_____	
<small>(wie verwandt?)</small>		<small>(Vor- und Zuname)</small>	
_____		_____	
<small>(Postleitzahl) _____ <small>(Wohnort, Gemeinde)</small></small>		<small>(Straße, Hausnummer)</small>	
_____		<small>(Telefonnummer, Handynummer)</small>	
b) _____		_____	
<small>(wie verwandt?)</small>		<small>(Vor- und Zuname)</small>	
_____		_____	
<small>(Postleitzahl) _____ <small>(Wohnort, Gemeinde)</small></small>		<small>(Straße, Hausnummer)</small>	
_____		<small>(Telefonnummer, Handynummer)</small>	
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)			
12. Durch das Amtsgericht eingesetzter Betreuer/in:			
13. Name des Hausarztes:		Dr. _____	
_____		Anschrift: _____	
14. Krankenkasse:		Befreit von Zuzahlung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
15. Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> nicht bekannt bitte zutreffendes ankreuzen			
16. Ist ein Antrag für vollstationäre Pflege bei der Krankenkasse gestellt? ja - nein			
17. Gewünschte Unterbringung:		<input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Zweibettzimmer	
18. Kostenträger:		<input type="radio"/> durch das eigene Einkommen und Vermögen	
_____		<input type="radio"/> durch das zuständige Sozialamt	
19. Bemerkungen:		20. Für welchen Termin ist die Aufnahme geplant?	
_____		_____	
_____, den _____			
Unterschrift der/des Antragstellerin/s: _____			