

## Anmeldung Seniorenzentrum

1	<b>Familienname:</b> (ggf. Geburtsname)	
2	<b>Vorname(n):</b>	
3	<b>Geburtsdaten:</b> Bitte Kopie der Geburtsurkunde beilegen!	
4	<b>Hauptwohnsitz:</b> (polizeilich gemeldet)	Straße, Hausnr. .... PLZ, Ort .....
5	<b>Telefon:</b>	Telefonnr. .... Handy ..... Faxnr. ....
6	<b>Derzeitiger Aufenthalt:</b> (bei wem, in welchem Krankenhaus)	Bei / im: .....
7	<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig
8	<b>Konfession:</b>	<input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> sonstige
9	<b>Staatsangehörigkeit:</b>	
10	<b>Beruf:</b> erlernter Beruf und zuletzt ausgeübter Beruf	
11	<b>Nächste Angehörige, Sonstige Vertrauensperson:</b>	1. Verwandtschaftsverhältnis: Vor- u. Nachname.....  Straße, Hausnr. ....  Telefon priv. .... Telefon gesch. .... Handy .....  2. Verwandtschaftsverhältnis: Vor- u. Nachname.....  Straße, Hausnr. ....  Telefon priv. .... Telefon gesch. .... Handy .....

**Anna Haag Mehrgenerationenhaus**

Seniorenzentrum • Bildungsstätte • Kindertagesstätte

Martha-Schmidtmann-Straße 16 • 70374 Stuttgart • Telefon 0711 / 952 55-0

Fax 0711 / 952 55-55 • info@annahaaghaus.de • www.annahaaghaus.de

		<b>3. Verwandtschaftsverhältnis:</b> Vor- u. Nachname.....  Straße, Hausnr. ....  Telefon priv. .... Telefon gesch. .... Handy .....
12	<b>Betreuer:</b> (bitte Kopie der Bestallung beifügen)	Vor- u. Nachname.....  Straße, Hausnr. ....  Telefon gesch. ....  Handy .....
13	<b>Bevollmächtigter:</b> (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)	Vor- u. Nachname.....  Straße, Hausnr. ....  Telefon gesch. ....  Handy .....
14	<b>Hausarzt:</b>   <b>Hausbesuch möglich:</b>	Vor- u. Nachname.....  Straße, Hausnr. ....  Telefon gesch. ....  Handy .....  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15	<b>Krankenkasse:</b> (oder sonstige Kostenträger für Arzt/Medikamente) _____  <b>Mitgliedsnummer:</b>	Nr.  Nr.
16	<b>Pflegekasse:</b> (Mitgliedsnummer)	Nr.
17	<b>Werden derzeit Pflegeleistungen von einem Kostenträger gewährt?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Pflegekasse: .....  Krankenkasse: .....  Sozialhilfe: .....  Andere: .....

18	<b>Hat eine Begutachtung der Pflegebedürftigkeit</b> bereits stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Kopie des Gutachtens beifügen  Ergebnis Pflegestufe .....
19	<b>Träger der Heimkosten:</b> Die Heimkosten werden aufgebracht durch:	<input type="checkbox"/> Einkommen, Renten, Pension, <input type="checkbox"/> sonstige regelmäßige Einkünfte unter Nr.20 <input type="checkbox"/> Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben.....) <input type="checkbox"/> Pflegekasse (beantragt am:.....) <input type="checkbox"/> Beihilfestelle (beantragt am: .....) <input type="checkbox"/> Sonstige (beantragt am: ..... )
20	<b>Monatliches Einkommen:</b>	Art des Einkommens: .....  Zahlende Stelle: .....  Betrag: .....  Art des Einkommens: .....  Zahlende Stelle: .....  Betrag: .....  Art des Einkommens: .....  Zahlende Stelle: .....  Betrag: .....
21	<b>Heimnotwendigkeitsbescheinigung wurde</b> ausgestellt am:	Von: .....  Am: .....  <input type="checkbox"/> Kopie liegt bei <input type="checkbox"/> Kopie wird nachgereicht
22	<b>Der vom (Haus-)Arzt ausgefüllte Fragenbogen</b>	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird vor der Aufnahme nachgereicht
23	<b>Gewünschte Unterbringung:</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
24	<b>Für wann wird die Aufnahme gewünscht:</b>	
25	<b>Hinweis, Bemerkungen,</b> <b>Ergänzungen</b> <b>Wünsche bezügl. der Bestattungsart</b>	Besteht eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein