

Anmeldung Seniorenzentrum

Familienname: (ggf. Geburtsname)	
Vorname(n):	
Geburtsdaten:	
Hauptwohnsitz: (polizeilich gemeldet)	Straße, Hausnr. PLZ, Ort
Telefon:	Telefonnr. Handy Faxnr.
Derzeitiger Aufenthalt: (bei wem, in welchem Krankenhaus)	Bei / im:
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig
Konfession:	<input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> sonstige
Staatsangehörigkeit:	
Nächste Angehörige, Sonstige Vertrauensperson:	<u>1.) Verwandtschaftsverhältnis:</u> Vor- u. Nachname..... Straße, Hausnr. Ort..... Telefon priv. Telefon gesch. Handy E-Mail:

	<p><u>2.)Verwandtschaftsverhältnis:</u></p> <p>Vor- u. Nachname.....</p> <p>Straße, Hausnr.</p> <p>Ort.....</p> <p>Telefon priv.</p> <p>Telefon gesch.</p> <p>Handy</p> <p>E-Mail:</p> <p><u>3.)Verwandtschaftsverhältnis:</u></p> <p>Vor- u. Nachname.....</p> <p>Straße, Hausnr.</p> <p>Ort.....</p> <p>Telefon priv.</p> <p>Telefon gesch.</p> <p>Handy</p> <p>E-Mail:</p>
<p>Bevollmächtigter:</p>	<p>Vor- u. Nachname.....</p> <p>Straße, Hausnr.</p> <p>Ort.....</p> <p>Telefon gesch.</p> <p>Handy</p> <p>E-Mail:</p>
<p>Gesetzlicher Betreuer: (bitte Kopie der Bestallung beifügen)</p>	<p>Vor- u. Nachname.....</p> <p>Straße, Hausnr.</p> <p>Ort.....</p> <p>Telefon gesch.</p>

	Handy E-Mail:
Hausarzt: Bitte klären ob der Hausarzt während des Aufenthaltes die hausärztliche Betreuung übernimmt!!! Hausbesuch möglich:	Vor- u. Nachname..... Straße, Hausnr. Ort..... Telefon gesch. Handy <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kranken/Pflegekasse: Mitgliedsnummer:	
Werden derzeit Pflegeleistungen von einem Kostenträger gewährt?	Pflegekasse: Sozialhilfe:
Hat eine Begutachtung der Pflegebedürftigkeit bereits stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ergebnis Pflegegrad
Ist eine Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein