

Aufnahmeantrag Kreissenorenheim Theresienbad



KREISSENIORENHEIME

Theresienbad Greifenberg
Vilgertshofen

Aufnahmedatum: _____ **Aufnahmezeit:** _____

- Vollstationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege vom: _____ bis _____
 Einzelzimmer Doppelzimmer

Bewohnerbezogene Daten:

Name: _____ Vorname/ n: _____
Geb. Name: _____
Straße: _____ PLZ: _____
Telefon: _____ Ort: _____
Geb. Datum: _____ Geb. Ort: _____

Ihre Konfession: r.k. ev. andere: _____

Familienstand: verheiratet verwitwet ledig geschieden

Corona-Impfstatus

(bitte Impfdatum erfassen): 1. _____ 2. _____ 3. _____

Sie kommen zu uns:

- aus dem Krankenhaus aus einem Rehasentrum
 von Zuhause aus einer anderen Pflegeeinrichtung

Staatsangehörigkeit: _____

Erlerner Beruf: _____ **Zuletzt ausgeübter:** _____

Angehörige und Bezugspersonen

Name: _____ Name: _____
Vorname: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Straße: _____
PLZ / Ort: _____ PLZ / Ort: _____
Wie verwandt? _____ Wie verwandt? _____
Tel: _____ Tel: _____
Tel. 2: _____ Tel. 2: _____

Name: _____ Name: _____
Vorname: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Straße: _____
PLZ / Ort: _____ PLZ / Ort: _____
Wie verwandt? _____ Wie verwandt? _____
Tel: _____ Tel: _____
Tel. 2: _____ Tel. 2: _____

Haben Sie einen Angehörigen als Betreuer bevollmächtigt oder wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Ja Nein

Welche Vollmacht liegt vor?

- Vollmacht (mit Betreuungsverfügung) Gesetzliche Betreuung
(Bitte in Kopie beilegen: Betreuerausweis, Vollmacht)

Ihr /e Betreuer /in:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Tel.: _____ email: _____

Ihr behandelnder Arzt:

Name Hausarzt: _____ Tel: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Kranken- und Pflegeversicherung:

- AOK Barmer GEK SVLFG BKK IKK
 sonstige: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Vers. Nr: _____ Telefon: _____
Vers. Status: _____ Fax Nr: _____

Sind Sie von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit? (Bitte Bestätigung beilegen.)

- Ja Nein

Sie sind bereits einem Pflegegrad zugeordnet? (Bitte Bescheid in Kopie beilegen)

- PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5 Schnelleinstufung

Die Bezahlung der Heimkosten erfolgt durch:

- Rente: _____ €
 Barvermögen (Sparbuch usw.) _____ €
 Zahlungen von: _____ €
 Ein Antrag beim Sozialamt Bezirk Oberbayern wurde gestellt am: _____

Kontoverbindung:

Bank		Kontoinhaber:	
Kontonr.		BLZ:	
IBAN:		BIC:	

Rechnungsempfänger: Bewohner Betreuer

Zusendung per email: _____

Die Anmeldung ist unverbindlich und ersetzt keinen Heimvertrag nach dem Heimgesetz. Die Angaben entsprechen den Tatsachen. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die vorstehend personenbezogenen Daten zur eigenen Person sowie zum künftigen Bewohner länger als 4 Wochen aufbewahrt werden dürfen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)