



<p>Seniorenzentrum Ismaning</p> <p>Münchener Str. 41</p> <p>85737 Ismaning</p> <p>Tel: 089 996562 - 0 Fax: -11</p>	<p>Eingangsvermerke der Einrichtung</p>
--	---

<p>Anmeldung zur Aufnahme unverbindlich</p>	<p>Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen entsenden.</p>
--	---

Anfrage bezüglich	Stationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Demenz-pflege <input type="checkbox"/>	Kurzzeit-pflege <input type="checkbox"/>	Tages-pflege <input type="checkbox"/>
Vorname- und Zuname				
Geburtsname				
Geburtsdatum/-ort	Geburtsdatum	Geburtsort		
Adresse	Straße, Nr. _____			
	PLZ / Ort _____			
	Telefon _____			
	E-Mail _____			
Beruf				
Familienstand				
Konfession				
Staatsangehörigkeit				
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder anderer stationärer Einrichtung bitte entsprechende Adresse angeben)	Straße, Nr. _____			
	PLZ / Ort _____			
	Telefon _____			



Angehörige	Vor- und Zuname	_____	
	Verwand- schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.	_____	
	PLZ/Ort	_____	
	Telefon	_____	
	E-Mail	_____	
Angehörige	Vor- und Zuname	_____	
	Verwand- schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.	_____	
	PLZ/Ort	_____	
	Telefon	_____	
	E-Mail	_____	
Angehörige	Vor- und Zuname	_____	
	Verwand- schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.	_____	
	PLZ/Ort	_____	
	Telefon	_____	
	E-Mail	_____	
Betreuung (nach Betreuungsrecht)	Besteht eine Betreuung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Betreuung beantragt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Vollmacht vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>



Wenn ja,	Vor- und Zuname des Betreuers/ der Betreuerin _____	
	Straße, Nr. _____	
	PLZ/Ort _____	
	Telefon _____	
	E-Mail _____	
Wirkungskreis der Betreuung		
Hausarzt	Name _____	
	Straße, Nr. _____	
	PLZ/Ort _____	
	Telefon/Fax _____	
	E-Mail _____	
Krankenkasse	Name _____	
	Versicherten- nummer _____	
Zuzahlungs- befreit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Pflegestufe	Keine <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> III+ <input type="checkbox"/> Pflegestufe beantragt <input type="checkbox"/>
Pflegegrad (ab 01.01.2017)	Kein <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/>
Gewünschte Unterbringung (entfällt bei Tagespflege)	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
Wunschtermin zur Aufnahme	Datum _____	
	Bei Kurzzeitpflege von _____ bis _____	



Woher haben Sie Kenntnis von der Einrichtung Internet, Presse, Empfehlung z. B. vom Hausarzt usw.	
Kostenträger	Pflegekasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>
Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag ist gestellt <input type="checkbox"/> Seit _____ Wenn ja, welches Sozialamt?
Bankverbindung	Geldinstitut _____ IBAN _____ BIC _____

Ort, Datum

Interessentin/Interessent

Vertreten durch:
