



<b>Seniorenzentrum</b> Freilassing Münchener Straße 49 83395 Freilassing	
--	--

<b>Anmeldung zur Aufnahme</b> unverbindlich		Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen entsenden.		
<b>Anfrage für</b>	Stationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Pflege im gerontopsychiatrischen Bereich <input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Tagespflege <input type="checkbox"/>
<b>Vorname- und Zuname</b>				
<b>Geburtsname</b>				
<b>Geburtsdatum/-ort</b>	Geburtsdatum	Geburtsort		
<b>Adresse</b>	Straße, Nr.	_____		
	PLZ / Ort	_____		
	Telefon	_____		
	E-Mail	_____		
<b>Beruf</b>	_____			
<b>Familienstand</b>	_____			
<b>Konfession</b>	_____			
<b>Staatsangehörigkeit</b>	_____			
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b> (bei Krankenhaus oder anderer stationärer Einrichtung bitte entsprechende Adresse angeben)	Straße, Nr.	_____		
	PLZ / Ort	_____		
	Telefon	_____		



<b>Angehörige</b>	Vor- und Zuname		
	Verwand- schaftsgrad		
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
	Telefon		
	E-Mail		
<b>Angehörige</b>	Vor- und Zuname		
	Verwand- schaftsgrad		
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
	Telefon		
	E-Mail		
<b>Angehörige</b>	Vor- und Zuname		
	Verwand- schaftsgrad		
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
	Telefon		
	E-Mail		
<b>Betreuung (nach Betreuungsrecht)</b>	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*der der Betreuer*in _____	
	Straße, Nr. _____	
	PLZ/Ort _____	
	Telefon _____	
	E-Mail _____	
<b>Wirkungskreis der Betreuung</b>		
<b>Hausarzt</b>	Name _____	
	Straße, Nr. _____	
	PLZ/Ort _____	
	Telefon/Fax _____ / _____	
	E-Mail _____	
<b>Krankenkasse</b>	Name _____	
	Versicherten- nummer _____	
<b>Zuzahlungs- befreit</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Pflegegrad seit wann:</b> _____	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"/> am _____
<b>Gewünschte Unterbringung</b> (entfällt bei Tagespflege)	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
<b>Wunschtermin zur Aufnahme</b>	Datum _____	
	Bei Kurzzeitpflege	Von _____ Bis _____



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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Interessent\*in

Vertreten durch:  
\_\_\_\_\_