

# Anmeldung zur Aufnahme

Seite 1

per Fax an: **08341/9768-101**  
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

bzw. per Mail an: [seniorenheim.neugablonz@awo-schwaben.de](mailto:seniorenheim.neugablonz@awo-schwaben.de)

AWO-Seniorenzentrum Neugablonz  
Reinhard-Schmidt-Haus  
Riederlohweg 10

87600 Kaufbeuren

**Dieses Kästchen wird von der Verwaltung ausgefüllt, bitte überspringen!**

Zimmer Nr. \_\_\_\_\_  DZ  EZ  Kurzzeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  stationär ab \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Geboren in: \_\_\_\_\_

bei Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben

Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

## Wohnung

(Bitte den Hauptwohnsitz angeben)

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim  
(andere Einrichtung)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bankverbindung

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Pflegeheim vollstationär

Kurzzeitpflege

Einzelzimmer  
(nur nach Verfügbarkeit)

Doppelzimmer

## Termin

**Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?**

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Pflegeheim vollstationär ab \_\_\_\_\_

**Die Heimkosten werden aufgebracht durch** (zutreffendes bitte ankreuzen)

eigene Mittel  Sozialhilfe

Beihilfe nach beamtenrechtlichen Bestimmungen

# Anmeldung zur Aufnahme

Name: \_\_\_\_\_

Seite 2

## Angehöriger 1

Wie verwandt? \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_  
Telefon abends: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

## Betreuer / Bevollmächtigter

Wie verwandt? \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_  
Telefon abends: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

## Bitte unbedingt folgende Unterlagen beilegen:

	liegt bei	wird bei Einzug nachgereicht
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuerausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerbehinderten-Ausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentenbescheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenübernahme-Bescheid der Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bescheid Sozialhilfe bzw. Kopie Sozialhilfeantrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie Personalausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vorhandene Hilfsmittel:

Rollator  Rollstuhl  Sauerstoff   
Dekubitus Matratze   
Allergien/sonstiges: \_\_\_\_\_

## Angehöriger 2 od. sonst. Vertrauensperson

Wie verwandt? \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_  
Telefon abends: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

## Hausarzt: (Bitte unbedingt einen Hausarzt benennen der den Patient auch in unserer Einrichtung vor Ort betreut!)

Name: \_\_\_\_\_  
Straße / Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

bzw. wann beantragt: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung?

JA, bis \_\_\_\_\_  NEIN

## Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

Der vom Arzt oder im Krankenhaus **vollständig** ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

JA  NEIN, bitte unbedingt **vor** Heimeinzug nachreichen, da sonst keine Aufnahme möglich ist.

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_