

Seniorenzentrum Bocksberg GmbH

Bocksbergweg 3
07330 Probstzella
Telefon: (036735) 73140
Fax: „ 73159
E-Mail : seniorenzentrum.bocksberg@online.de

Antrag auf Heimaufnahme

Name/ Vorname/ Geburtsname: _____

Anschrift: _____

Geboren am: _____ in: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____ PA- Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____ Zuzahlungsbefreiung: ja nein

Hausarzt: (Name, Anschrift, Telefon): _____

Vorsorgevollmacht: (Name, Anschrift, Telefon): _____

Liegt Betreuerausweis vor: ja nein seit wann: _____

Angehörige: 1. (Name, Anschrift, Telefon): _____

_____ (wie verwandt?): _____

2. (Name, Anschrift, Telefon): _____

_____ (wie verwandt?): _____

3. (Name, Anschrift, Telefon): _____

_____ (wie verwandt?): _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Gründe der Heimaufnahme: _____

Ist der Aufzunehmende bereits durch den MDK eingestuft? ja nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad? _____ Wann erfolgte die Einstufung? _____

Körpergröße : _____ Gewicht : _____

Wird der Aufzunehmende Selbstzahler? _____

Wenn nein, welches Amt übernimmt die Kosten? _____

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden? _____

(Name, Anschrift, Telefon): _____

....., den

Unterschrift des Antragstellers: _____