

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, welche Pflegestufe? Wann erfolgte die Einstufung?

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/ Betreuers: _____