

Seniorenzentrum Laupheim
Hospital zum Heiligen Geist
Marktplatz 11/2, 88471 Laupheim
Telefon (0 73 92) / 97 28 – 0
Telefax (0 73 92) / 97 28 – 38



Aufnahme Antrag

Anmeldung ist

vorsorglich

dringend

Wohnform im Einzelzimmer

Wohnform im Doppelzimmer

Kurzzeitpflege: _____ bis _____

Tagesbetreuung: _____
gewünschte Betreuungstage angeben - gewünschter Start

Zu meiner Person und über meine persönlichen und finanziellen Verhältnisse mache ich folgende Angaben:

Antragsteller / Antragstellerin

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Geb. Ort: _____

Geb. Name: _____

Konfession: _____

Beruf: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet

Derzeitiger Aufenthalt
(bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)

Straße / PLZ / Ort: _____

Partner / Partnerin

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Angehörige

1. Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ wie verwandt: _____

2. Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ wie verwandt: _____

3. Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ wie verwandt: _____

Hausarzt:

Name: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____

Krankenkasse/Pflegekasse _____

Wichtig: Versicherungsnummer: _____

Derzeitiger Pflegegrad: _____

Ambulanter Pflegedienst vorhanden : ja nein

Wenn ja, welcher Pflegedienst: _____

Rezeptgebühr befreit nein ja bis _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

ja nein

Besteht eine notarielle Vollmacht?

ja nein

Anschrift des gesetzlichen Betreuers / des Bevollmächtigten: _____

Telefon: _____

Wirkungskreis der Betreuung / der Vollmacht:

Besteht eine Patientenverfügung ja nein

Besteht ein Patiententestament ja nein

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Wer erledigt im Krankheitsfalle und bei Hilflosigkeit Ihre persönlichen und geschäftlichen Interessen?

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Wie werden die Heimkosten aufgebracht?

Selbstzahler

Sozialamt a) Anschrift des Sozialamtes:

b) Antrag beim Sozialamt gestellt am:

Rechnungsempfänger / Rechnungsempfängerin:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift