

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 \_\_\_\_\_

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

### Interessent/-in

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

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Geb. Name: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

Familienstand:     ledig     verheiratet     verwitwet

### Derzeitiger Aufenthalt

(bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einem anderen Seniorenheim bitte diese Adresse angeben)

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:** \_\_\_\_\_ **bzw. Pflegegrad beantragt am:** \_\_\_\_\_

**Ambulanter Pflegedienst vorhanden :**  ja  nein

**Wenn ja, welcher Pflegedienst:** \_\_\_\_\_

Rezeptgebühr befreit  nein  ja bis \_\_\_\_\_

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

ja  nein

Besteht eine Vorsorgevollmacht?

ja  nein

Anschrift des gesetzlichen Betreuers / des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

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

Wirkungskreis der Betreuung / der Vollmacht:

---

---

Besteht eine Patientenverfügung  ja  nein

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

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

---

Name in Druckbuchstaben

---

Unterschrift

### **Information zum Umgang mit den eingereichten Daten:**

Wir werden die von Ihnen mitgeteilten Informationen ausschließlich für einen möglichen Vertragsabschluss und die spätere Pflege bereithalten und nutzen.

Bitte kontaktieren Sie uns, falls kein Interesse an unseren Leistungen mehr besteht. Wir werden die Löschung bzw. die Vernichtung der uns vorliegenden Daten unmittelbar vornehmen.

Kommt es zu einem Vertragsabschluss, fügen wir Ihre eingereichten Unterlagen Ihrer dann anzulegenden Akte hinzu. Es ist dann nicht mehr notwendig, die Informationen erneut einzureichen sofern es hier zu keinen Änderungen gekommen ist.