

Anmeldung zur Aufnahme



Bezirksverband
Schwaben e.V.

Seite 1

Tel.: 08232/9672-0
per Fax an: 08232/9672-500
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenheim
Schwabmünchen
Marie-Juchacz-Straße 2
86830 Schwabmünchen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Wird von der Verwaltung ausgefüllt!

von bis Zimmer Nr. DZ EZ Kurzzeit bis stationär

Persönliche Daten

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geboren am

Geboren in

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

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Anschrift

(Bitte den Hauptwohnsitz angeben, an dem Sie auch polizeilich gemeldet sind.)

Straße/ Nr.

PLZ/ Ort

Telefon

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim

(andere Einrichtung)?

Bankverbindung

IBAN

BIC

Institut

Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Vollstationär Kurzzeitpflege

beschützende Unterbringung

Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen.

eigene Mittel Sozialhilfe

weiter auf Seite 2

Anmeldung zur Aufnahme



Name

Seite 2

Angehöriger 1

Wie verwandt?

Name

.....

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,

Telefax

Email

Betreuer

Bevollmächtigter

Betreuungs- bzw. Vollmachtsbereich/e:

.....

.....

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,

Telefax

Email

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Angehöriger 2

Wie verwandt?

Name

.....

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,

Telefax

Email

Hausarzt

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Krankenkasse

Name

Pflegegrad

seit

Vers.Nr.

Rezeptgebührenbefreiung?

ja nein bis

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

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

ja nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers