

Anmeldung zur Aufnahme



Seite 1

per Fax an: **0831/57412-20**
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenzentrum
Kempten
Lenzfrieder Straße 30
87437 Kempten

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

Wohnung

(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

Bank
BLZ
Konto-Nr.

Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen
 Seniorenheim Kurzzeitpflege
 gerontopsychiatrische Abteilung

Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?
.....

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen.
 eigene Mittel Sozialhilfe

Anmeldung zur Aufnahme



Name

Seite 2

Angehöriger 1

Wie verwandt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,

Telefax

Angehöriger 2

Wie verwandt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,

Telefax

Betreuer

Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben.

Wie bekannt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber

abends

Mobiltelefon,

Telefax

Hausarzt

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Krankenkasse

Name

Pflegestufe

seit Nummer

Rezeptgebührenbefreiung?

ja nein bis

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Wenn nicht Personengleichheit,
auch Unterschrift des Aufzunehmenden.