

Seniorenenzentrum Laupheim
Hospital zum Heiligen Geist
Marktplatz 11/2, 88471 Laupheim
Telefon (0 73 92) / 97 28 – 0
Telefax (0 73 92) / 97 28 – 499

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: _____

Straße: _____

Telefon: _____

wie verwandt: _____

Vorname: _____

PLZ / Ort: _____

Email: _____

2. Name: _____

Straße: _____

Telefon: _____

wie verwandt: _____

Vorname: _____

PLZ / Ort: _____

Email: _____

3. Name: _____

Straße: _____

Telefon: _____

wie verwandt: _____

Vorname: _____

PLZ / Ort: _____

Email: _____

Hausarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Zahnarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Krankenkasse/Pflegekasse: _____

Wichtig: Versicherungsnummer: _____

Derzeitiger Pflegegrad: _____ **bzw. Pflegegrad beantragt am:** _____

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.