# 95447 Bayreuth, Schellingstr. 19 Tel.: 0921/75763-0 Fax: 75763-640

|  |
| --- |
| **Anmeldung Bewohneraufnahme – Vormerkung - Vorvertrag ausgegeben am:** |

**Bitte beachten!**

Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

**Familienname:**       **Geburtsname:**

**Vorname(n):**

**Geburtsdatum:**       **Geburtstort:**

**Familienstand:** [ ]  led. [ ]  verh. seit:       [ ]  verw. [ ]  gesch.

 Tag/Monat/Jahr

**Konfession:** [ ]  ev. [ ]  röm.-kath. [ ]  ohne [ ]  andere:

**Staatsangehörigkeit:**       **Früherer Beruf:**

**Hauptwohnsitz:** PLZ, Wohnort/Gemeinde:

 Straße und Hausnummer:

**Derzeitiger Aufenthalt:**

(Name und Anschrift des Krankenhauses oder des Heimes)

**Aufnahmetag:**       **Aufnahmegrund:**

**Angehörige: Bitte in der Reihenfolge nach Entscheidungsbefugnis und Wichtigkeit angeben!**

 **Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!**

**a)** Vor-und Zuname:       wie verwandt?

 Straße, Hausnummer:

 PLZ, Wohnort, Gemeinde:

 Telefon:       Handy:       dienstlich:

 E-Mail:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b)** Vor-und Zuname:       wie verwandt?

 Straße, Hausnummer:

 PLZ, Wohnort, Gemeinde:

 Telefon:       Handy:       dienstlich:

 E-Mail:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**c)** Vor-und Zuname:       wie verwandt?

 Straße, Hausnummer:

 PLZ, Wohnort, Gemeinde:

 Telefon:       Handy:       dienstlich:

 E-Mail:

**Rechnungsempfänger :** [ ]  Angehöriger **a)** [ ]  Angehöriger **b)** [ ]  Angehöriger **c)**

**gesetzl. Betreuer** (über Amtsgericht) [ ]  **(Kopie des Betreuerausweises beilegen)**

oder **Bevollmächtigter** [ ]  **(Kopie der Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht beilegen)**

Vor-und Zuname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort, Gemeinde:

Telefon:       Handy:       dienstlich:

**Patientenverfügung:** [ ]  ja **(Kopie beilegen)** [ ]  nein

**Herzschrittmacher:** [ ]  ja [ ]  nein

**Schwerbehindertenausweis:** [ ]  ja **(Kopie beilegen)** Grad der Behinderung:       [ ]  nein

**Krankenkasse:**

**Vollständig geimpft?** [ ]  ja [ ]  nein Datum der Impfungen:

**Versicherungsnummer der Krankenkasse:**       **Status:**

**(Kopie der Versicherungskarte beilegen)**

**Pflegegrade:** [ ]  z.Zt. noch keine [ ]  noch nicht beantragt [ ]  beantragt am:

 [ ]  Grad 1 [ ]  Grad 2 [ ]  Grad 3 [ ]  Grad 4 [ ]  Grad 5

**Zuzahlungsbefreit:** [ ]  von Arzneimitteln [ ]  von Krankenfahrten

**Hausarzt:**

Anschrift/Telefon:

**Kostenübernahme:** [ ]  Selbstzahler [ ]  Bezirk - Sozialverwaltung

**Antrag zur Übernahme nicht**  an:

**gedeckter Heimkosten wird/wurde gestellt:** am:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Monatliches Einkommen:** | Art des Einkommens (z.B. Rente) | Zahlende Stelle | Betrag in Euro |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**Gewünschte Unterbringung:** [ ]  Einzelzimmer [ ]  Komfort-Einzelzimmer

 [ ]  Doppelzimmer [ ]  Appartement

**Termin:** (Wann wird die Aufnahme gewünscht?) Tag/Monat/Jahr

Bayreuth, den       Unterschrift: