# 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: