

# Seniorenresidenz Schliersee

Eine Einrichtung der DPUW Deutsche Pflege und Wohnstift GmbH  
Mitglied im APH - Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

## Anmeldung zur Heimaufnahme oder Kurzzeitpflege

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1. Zuname (Familiennamen, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)                   |   |  |
| 2. Vorname(n) — Rufname bitte unterstreichen —  |   |  |
| 3. Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)                                 | (PLZ) (Wohnort / Gemeinde)<br>Straße und Hausnummer: _____  |  |
| 4. Derzeitiger Aufenthalt   | (PLZ) (Wohnort / Gemeinde)<br>Straße und Hausnummer: _____<br>Bei wem ? _____   |  |
| 5. Zurzeit in welchem Krankenhaus, Heim oder in sonstiger Einrichtung?                | (Name des Krankenhauses, des Heimes oder sonstiger Einrichtung)<br>_____<br>(Name des Krankenhauses, des Heimes oder sonstiger Einrichtung)<br>_____<br>Aufnahmetag: _____ Aufnahmegrund: _____ |  |
| 6. Geburtsdaten (beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)          | am: _____ in: _____   |  |
| 7. Familienstand: _____   | Religion: _____   |  |
| 8. Angehörige   | a) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)<br>_____ (PLZ) _____ (Wohnort/Gemeinde) _____ (Straße, Haus-Nr., Telefon)  |  |
|   | b) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)<br>_____ (PLZ) _____ (Wohnort/Gemeinde) _____ (Straße, Haus-Nr., Telefon)  |  |
|   | c) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)<br>_____ (PLZ) _____ (Wohnort/Gemeinde) _____ (Straße, Haus-Nr., Telefon)  |  |
| Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben! |   |  |
| 9. Betreuer (Name und genaue Anschrift, Aktenzeichen)                                 | _____ (Vor- und Zuname)<br>_____ (PLZ) (Wohnort/Gemeinde) _____ (Straße, Haus-Nr., Telefon)   |  |
| 10. Krankenkasse (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)                  |   |  |
| 11. Versicherungsverhältnis (z.B. Rentner, freiw. Mitgl., Fam.-hilfe)                 |   |  |
| 12. Krankenkasse / Versicherungsnummer  |   |  |
| 13. Name des Hausarztes   | Dr. _____ (Vor- und Zuname)<br>_____ (PLZ) _____ (Wohnort/Gemeinde) _____ (Straße, Haus-Nr., Telefon, Fax)  |  |

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_