

	 Haus Sonnenblick Alten- & Pflegeheim	
Stand: Juli 2021		Heimaufnahme

Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname			Geborene
Adresse (bisher)	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort	
Familienstand		Konfession	Staatsangehörigkeit
Angehörige	a)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
		Wie verwandt	Telefon
	b)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
		Wie verwandt	Telefon
	c)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
		Wie verwandt	Telefon
Betreuer / Bevollmächtigter	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	Telefon/Fax/Mail		
Wirkungskreis der Betreuung	Patientenverfügung liegt vor ?		
Hausarzt	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	Telefon/Fax/Mail		
Krankenkasse / Pflegekasse	Name	Versicherten-Nummer	Pflegegrad
Gewünschte Unterbringung			
Hinweise, Ergänzungen	Kurzzeitpflege von _____ bis _____ Vollstationär Haus 1 2 Zimmernummer _____		
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ort, Datum	Unterschrift	
Zurück per Post/Fax oder Mail	Haus Sonnenblick GmbH Zum Alten Feld 21+23 63679 Schotten		Tel.: (06044) 96 49 00 Fax: (06044) 96 49 0 – 11 Mail: info@sonnenblick-schotten.de

Verfasser:	Version	Geprüft	Datum / Seiten	Dokument:	Freigabe (durch)
Christine Möll	2	Monika Lenz	22.07.2021	Anmeldung Heimaufnahme	Christine Möll