

## Anmeldung zur Aufnahme in das ASB Seniorenzentrum

Eingangsdatum/Hdz.: .....

<b>Vor- und Nachname (mit Geburtsname)</b>			
<b>Anschrift:</b>		Straße, PLZ Ort:	
		Telefon:	
<b>Derzeitiger Aufenthalt:</b>			
<b>Geburtsdaten:</b>		Datum:	Ort:
<b>Familienstand:</b>		<b>Konfession:</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>Angehörige/Kontaktpersonen:</b>			
<b>1.</b>	<b>Name:</b>		
Anschrift:			
Verwandtschaftsgrad:		Telefon:	
<b>2.</b>	<b>Name:</b>		
Anschrift:			
Verwandtschaftsgrad:		Telefon:	
<b>3.</b>	<b>Name:</b>		
Anschrift:			
Verwandtschaftsgrad:		Telefon:	
<b>Betreuer/Bevollmächtigter:</b>		Name:	
		Anschrift:	
		Telefon:	
<b>Wirkungskreis der Betreuung:</b>			
<b>Weitere Betreuung durch Ihren Hausarzt erwünscht?</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Name:	
		Anschrift:	
		Telefon:	
<b>Krankenkasse:</b>		Pflegegrad: Höherstufung beantragt?	
<b>Aufnahme:</b> <input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> vorsorglich			
Wenn „ <b>dringend</b> “ angekreuzt wurde und zwischenzeitlich keine Aufnahme erfolgte, ist spätestens nach <b>drei Monaten</b> Kontakt per E-Mail aufzunehmen, ob die Notwendigkeit der Heimaufnahme noch Bestand hat. Erhalten wir <b>keine Information, erlischt der Antrag</b> automatisch.			
<b>Gewünschte Unterbringung:</b>		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
		Termin zur Aufnahme:	
<b>Hinweise, Ergänzungen, Wünsche:</b>			
<b>Kostenträger:</b>		Erfolgt die Unterstützung durch einen Kosten-träger? Wenn „Ja“, welcher (z. B. Sozialamt)?	
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Ort, Datum</b>		Unterschrift Aufzunehmender, ggf. gesetzlicher Vertreter	