

## Anmeldung zur Aufnahme in das ASB Seniorenzentrum

Eingangsvermerk:.....

<b>Vor- und Nachname (mit Geburtsname)</b>			
<b>Adresse:</b>	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
<b>Derzeitiger Aufenthalt:</b>			
<b>Geburtsdaten</b>	Datum	Ort	
<b>Familienstand</b>		Konfession	Staatsangehörigkeit
<b>Angehörige/Kontaktpersonen:</b>			
<b>1.</b>	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	Verwandtschaftsgrad		Telefon
<b>2.</b>	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	Verwandtschaftsgrad		Telefon
<b>3.</b>	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	Verwandtschaftsgrad		Telefon
<b>Betreuer/Bevollmächtigter</b>	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
<b>Wirkungskreis der Betreuung</b>			
<b>Weitere Betreuung durch Ihren Hausarzt erwünscht?</b>  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
<b>Krankenkasse</b>			Pflegegrad
<b>Gewünschte Unterbringung</b>	Einzelzimmer <input type="radio"/>	Doppelzimmer <input type="radio"/>	Termin zur Aufnahme
<b>Hinweise, Ergänzungen Wünsche</b>			
<b>Kostenträger</b>	Erfolgt die Unterstützung durch einen Kostenträger? Wenn ja, welcher z. B. Sozialamt?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Ort, Datum</b>	Unterschrift des Aufzunehmenden ggf. gesetzlichen Vertreters		