

Friederike-Schäfer-Heim der Hospitalstiftung Schweinfurt

Judengasse 25, 97421 Schweinfurt Tel.: 09721/513930 Fax: 09721/513947

Aufnahme- Vormerkantrag in das Alten- und Pflegeheim

Aufnahmetermin: _____

Aufnahme für:

<input type="checkbox"/> Altenheim	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
<input type="checkbox"/> Pflege	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____ ausgeübter Beruf: _____
 Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____
 Religion: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Jetzige Anschrift _____
 Telefonnummer: _____

Ansprechpartner 1

Ansprechpartner 2

 Verwandtschaftsgrad

 Name, Vorname

 Straße

 PLZ, Ort

 Telefon, Handy

 E-Mail Anschrift

 Verwandtschaftsgrad

 Name, Vorname

 Straße

 PLZ, Ort

 Telefon, Handy

 E-Mail Anschrift

Hausarzt: _____

Anschrift: _____ Tel: _____ Fax: _____

Gesundheitszustand: Bitte bei Anmeldung ausgefüllten ärztl. Fragebogen mit abgeben!**Krankenkasse:**

Name _____

Straße, PLZ, Ort _____

Pflegebedürftigkeit:Antrag auf Pflegeeinstufung ist gestellt ja, am _____ nein

Aktuelle Pflegestufe (falls vorhanden) _____ seit wann _____

Besteht eine Vorsorgevollmacht ja neinBesteht eine Patientenverfügung ja neinBesteht eine amtliche **Betreuung** ja nein, wenn ja Kopie des richterlichen Beschluss liegt bei

Name Betreuer/Bevollmächtigter _____

Anschrift(Straße, PLZ, Ort) _____

Telefon _____

Kostenträger: Selbstzahler Pflegekasse Beihilfeberechtigt Rechnungsempfänger: _____ Beihilfestelle: _____Einkommen: _____ Betrag: _____ Euro
(Rente/ Beihilfe/ Krankengeld/ Sonstiges)Bank- Sparguthaben vorhanden ja nein Sozialhilfe- Sozialhilfeantrag Wird/Wurde gestellt wo? _____

Wohngeldantrag _____

 ist gestellt wo? _____

Besonderheiten:

Bei Kurzzeit-/ Verhinderungspflege muss das gesamte Inkontinenzmaterial für den Aufenthalt selbst in ausreichender Menge gestellt werden.

Wer stellt den Aufnahmeantrag: _____

Grund: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Aufzunehmenden/Betreuer od. Bevollmächtigten _____

 Bitte um ein weiteres Beratungsgespräch