

Anmeldung

zur Heimaufnahme

Kurzzeitpflege Vollstationäre Pflege

Seniorenpflegeheim Lindenriek

Brombeerkamp 6

30938 Burgwedel

Tel. 05139/8074-0

Fax 05139/8074-87

Name:	
Vorname:	
Geburtstag:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	

	PLZ	ORT	STRASSE	TEL.
Hauptwohnsitz:				
Momentaner Aufenthalt (Klinik):				

Familienstand:	Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Erlerner Beruf:	Zuletzt ausgeübter Beruf:	
Vorname des Ehemanns/Frau:	Beruf des Ehemannes/Frau:	

Anzahl der Kinder:

Pflegegrad:

seit: _____

Angehörige:

ART, NAME	PLZ	ORT	STRASSE	TELEFON
BETREUER/BEVOLLMÄCHTIGTER				

Krankenkasse:

NAME	PLZ	ORT	STRASSE	TEL.
MITGLIEDSNUMMER				FAX

Hausarzt:

NAME	PLZ	ORT	STRASSE	TELEFON

SONSTIGES

Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer Doppelzimmer

gewünschter Termin: _____

Einkommen:

ART	ZAHLENDE STELLE	HÖHE

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Das o. g. Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen **Bestand heute:** _____

Zahlungen von: _____

das zuständige Sozialamt in: _____

Aus welchem Grund wird die Heimaufnahme gewünscht: _____

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden: _____

Ist der Aufzunehmende selbst bereit in ein Heim zu ziehen: ja nein

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden