

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Wir möchten gerne Ihre Wünsche kennen und nach Möglichkeit auch berücksichtigen. Diese Anmeldung ist unverbindlich.

Seniorenresidenz
Haus am Gröbenbach



Gewünschtes Einzugsdatum: _____

Angaben zum Zimmer:

Zimmerart:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Zimmerlage:

Erdgeschoss

1. Obergeschoss

Dieser Abschnitt wird von der Verwaltung ausgefüllt.

Einzugstermin: _____

Zimmer Nr. _____

Stand: 01.02.2017

Persönliche Angaben des Antragstellers

Name, Vorname

Geburtsname, sofern abweichend

Geburtsdatum, Geburtsort

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Früherer Beruf

Straße / Haus-Nr.

PLZ

Wohnort

Telefon

Mobiltelefon

Gesundheitsangaben

Ärztl. Verordnung über Inkontinenzmaterial:

nein

ja

Psychische Erkrankungen:

nein

ja

Weglauff Tendenz:

nein

ja

Infektionserkrankungen:

nein

ja

Essen: Normalkost

Diabetes

Sonstiges _____

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

| | | |
|-------------------|---------------------------|---------|
| _____ | | |
| Name, Vorname | Verwandtschaftsverhältnis | |
| _____ | | |
| Straße / Haus-Nr. | PLZ | Wohnort |
| _____ | | |
| Telefon tagsüber | Telefon abends | |

weiterer Angehöriger / Bezugsperson / Ansprechpartner

| | | |
|-------------------|---------------------------|---------|
| _____ | | |
| Name, Vorname | Verwandtschaftsverhältnis | |
| _____ | | |
| Straße / Haus-Nr. | PLZ | Wohnort |
| _____ | | |
| Telefon tagsüber | Telefon abends | |

Gesetzlicher Betreuer

(Bitte Kopie des Betreuerausweises **oder** Antrag auf Betreuungsverfahren beifügen)

| | | |
|-------------------|---------------------------|---------|
| _____ | | |
| Name, Vorname | Verwandtschaftsverhältnis | |
| _____ | | |
| Straße / Haus-Nr. | PLZ | Wohnort |
| _____ | | |
| Telefon tagsüber | Telefon abends | |

Behandelnder Arzt

| | | |
|-------------------|-----|---------|
| _____ | | |
| Name, Vorname | | |
| _____ | | |
| Straße / Haus-Nr. | PLZ | Wohnort |
| _____ | | |
| Telefon tagsüber | | |

Versicherungen (Bitte vollständige Adresse der Krankenkasse, ggfs. Pflegekasse angeben)

| | |
|--|---------------------|
| _____ | |
| Krankenkasse (Name und vollständige Anschrift) | Versicherungsnummer |
| _____ | |
| Pflegekasse (falls abweichend, Name und vollständige Anschrift) | Versicherungsnummer |
| _____ | |
| Einstufung beantragt: <input type="checkbox"/> ja, am _____ | |
| <input type="checkbox"/> nein, wird demnächst beantragt durch: _____ | |
| Bescheid der Pflegekasse liegt vor: <input type="checkbox"/> ja, Grad: _____ <input type="checkbox"/> nein | |
| (Bitte der Anmeldung den Einstufungsbescheid bzw. den Beantragungsnachweis beilegen) | |

Finanzielle Angelegenheiten

(Soweit jemand vom Antragsteller bevollmächtigt wurde, bitte eine Kopie der General- oder Bankvollmacht beifügen)

| | | |
|------------------------------------|---------|--|
| Name, Vorname des Bevollmächtigten | | |
| Straße / Haus-Nr. | | |
| PLZ | Wohnort | |
| Telefon tagsüber | | |

Kostenübernahmeregelung

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Selbstzahler: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Beihilfeberechtigt: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Andere Kostenträger | | | | | |

Einkommen

| | | |
|--|-------|-------|
| Derzeitige monatliche Rentenhöhe des Antragstellers: | € | _____ |
| Gegenwärtiges Vermögen des Antragstellers: | ca. € | _____ |

Bankverbindung

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Teilnahme am Lastschriftverfahren gewünscht: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| IBAN: | _____ | |
| BIC: | _____ | |
| Name der Bank: | _____ | |
| (Bitte unbedingt ausfüllen, da die Bankverbindung für mögliche Erstattungen, z.B. bei Krankenhausaufenthalt benötigt wird). | | |

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Diese Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich / Wir erklären mich / uns damit einverstanden, dass die Seniorenresidenz „Haus am Gröbenbach“ GmbH für die eigenen Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des Dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters