

Antrag zum Einzug

Herzlich Willkommen in unserem Haus.

- Altenzentrum Kirchrode*
 Altenzentrum Kirchrode Tagespflege
 Haus am Leuchtturm Pflegebereich Buchholz
 Pflegezentrum für Seniorinnen Marienstraße
 Hilde Schneider Haus – Altenpflege Fischerstraße
 Hilde Schneider Haus - Spezialpflege SSH Fischerstraße
- Kurzzeitpflege Langzeitpflege

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Anschrift (Hauptwohnsitz): _____ Telefon: _____

Krankenkasse/Pflegekasse: _____ Pflegestufe: _____

Versichertennummer: _____

Hausarzt _____

Angehörige (bitte das Verwandtschaftsverhältnis angeben):

1. _____

Name, Vorname

Anschrift

Telefon/E-Mail

2. _____

Name, Vorname

Anschrift

Telefon/E-Mail

Angaben zur Betreuung/Vollmachtsregelung/Patientenverfügung:

Name: _____

Betreuung

Vollmacht

Betreuung beantragt

Patientenverfügung

Aufgabenkreis: _____

Bitte eine Kopie in der Verwaltung hinterlegen!

Wird von der Heimverwaltung ausgefüllt

Aufnahmetag/Zeitraum: _____ Wohnbereich: _____ Zimmer: _____

Selbstzahler

Beihilfe

Sozialhilfe

Vertrag/Rechnung an: _____

