

V.B.1.1.

Seniorenhaus "Zell"

Seniorenhaus Zell GmbH* Waldsteinweg 23* 95239 Zell * Tel.: 09257 / 944-0 * Fax: 09257 944-444

Anmeldung zur Heimaufnahme

Gewünschter Einzugstermin: Sofort Später Bestimmter Termin: _____
Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

PERSONALIEN:

Familienname: _____ Geburtsname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Landkreis: _____

Familienstand: Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____ Anzahl der Kinder: _____

Krankenkasse/nort: _____

Rentenversicherungsträger/ort: _____

Hausarzt: _____ Anschrift/Telefon: _____

Einstufung durch die Pflegekasse: nein ja, in der Pflegestufe _____

Hauptwohnsitz Antragsteller/in: Wohnort: _____

Straße: _____

DERZEITIGER AUFENTHALT:

- In der eigenen Wohnung lebend (Anschrift wie unter Hauptsitz)
 Bei den Kindern / Verwandten / Bekannten lebend unter nachstehender Adresse:

Name: _____ Telefon: _____

Ort: _____ Straße: _____

Zuständiger Ansprechpartner im Krankenhaus: _____

ANSPRECHPARTNER FÜR DAS HEIM; FALLS SELBST NICHT ERREICHBAR:

Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Verwandtschaftsverhältnis / Funktion: _____

Wohnung: _____ Straße: _____