

Formular zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen (AH 1.2) zur Heimaufnahme einsenden)

Anmeldung

Vormerkung

Termin zur Aufnahme:



**Kreisverband Bamberg
Stadt und Land e.V.**

Seniorenzentrum Bamberg
 Seniorenzentrum Breitengüßbach
 Seniorenzentrum Strullendorf
 Seniorenzentrum Oberhaid
 Seniorenzentrum Bischberg

E-Mail: info@awo-bamberg.de ● Telefon: 0951 / 4074 – 0 ● Fax: 0951 / 4074 – 410

Gewünschte Unterbringung: nur Einzelzimmer Doppelzimmer Pflegeheim
 möglichst Einzelzimmer Mehrbettzimmer Betreutes Wohnen

Vor- und Zuname		Geburtsname	
Straße			
PLZ / Ort		Telefon	
Derzeitiger Aufenthalt <small>(bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)</small>		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Familienstand		Konfession	
Staatsangehörigkeit			
Angehörige			
a.) Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Verwandtschaftsgrad			
b.) Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Verwandtschaftsgrad			
c.) Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Verwandtschaftsgrad			
Betreuer <small>(nach Betreuungsrecht)</small>			
Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Wirkungskreis der Betreuung			
Hausarzt			
Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Krankenkasse		Pflegestufe	
Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen			
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt ? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig ?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Sozialamt		

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden