



ROSENGARTEN
PFLERESIDENZ

ARGENTUM
GRUPPE

ANMELDUNG zur

Heimaufnahme Kurzzeitpflege

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Anrede Frau Herr

Vorname(n) _____ *Rufnamen unterstreichen*

Nachname _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ *ggf. Land angeben*

Familienstand _____

Religion _____

2. HAUPTWOHNSITZ

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____ *ggf. Land angeben*

Telefon mit Vorwahl _____

3. DERZEITIGER AUFENTHALT, WENN NICHT AM HAUPTWOHNSITZ

Einrichtung oder privat bei _____ *Krankenhaus, Heim oder Privatadresse*

Station, Kontaktperson _____ *falls im Krankenhaus oder Heim*

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon mit Vorwahl _____

Tag der Aufnahme _____ *falls im Krankenhaus*

Grund der Aufnahme _____ *falls im Krankenhaus*

Pflegeresidenz Rosengarten GmbH • Hauptstr. 6 • 78606 Seitingen-Oberflacht

Telefon: +49 (0) 7464 – 981 92 0 • Fax: +49 (0) 7464 – 981 92 40 • rosengarten@argentum-pflege.de • www.argentum-pflege.de

Eine Einrichtung der Argentum Gruppe • IK-Nr. 510 837 580

Sitz der Gesellschaft: Seitingen-Oberflacht • Amtsgericht Stuttgart - HRB 742556 • Geschäftsführung: Alexander Bart

Steuer-Nr. 21 118/23205 • Volksbank Schwarzwald-Donau-Neckar eG • IBAN: DE62 6439 0130 0245 5400 08 • GENODES1TUT



ROSENGARTEN

PFLEGERESIDENZ

4. ANGEHÖRIGER, BETREUER ODER VERTRAUENSPERSON

Art der Kontaktperson

Angehöriger / Familie Betreuer Vertrauensperson

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon mit Vorwahl

Aktenzeichen

_____ *sofern vorhanden*

5. HAUSARZT

Praxis, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

_____ *ggf. Land angeben*

Telefon mit Vorwahl

6. KRANKENKASSE, KOSTENTRÄGER, PFLEGEGRAD

Art der Versicherung

Rentner gesetzlich freiwillig privat

Name der Krankenkasse

Versicherungsnummer

Pflegegrad

1 2 3 4 5

7. VOLLMACHTEN

Patientenverfügung

liegt vor beglaubigte Kopie anbei wird nachgereicht

Vorsorgevollmacht

liegt vor beglaubigte Kopie anbei wird nachgereicht

8. UNTERSCHRIFTEN

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift Antragsteller

_____ *falls Betroffener nicht unterschreiben kann*