



# Seniorenheim Lübecker Straße

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*



# Seniorenheim Lübecker Straße

## 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

Art der Versicherung       Rentner     gesetzlich     freiwillig     privat

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

## 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*