



## ANMELDUNG zur

Heimaufnahme     Kurzzeitpflege

### 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

<b>Anrede</b>	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
<b>Vorname(n)</b>	<i>Rufnamen unterstreichen</i>
<b>Nachname</b>	
<b>Geburtsname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b> <i>ggf. Land angeben</i>
<b>Familienstand</b>	
<b>Religion</b>	

### 2. HAUPTWOHNSITZ

<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>Postleitzahl, Ort</b>	<i>ggf. Land angeben</i>
<b>Telefon mit Vorwahl</b>	

### 3. DERZEITIGER AUFENTHALT, WENN NICHT AM HAUPTWOHNSITZ

<b>Einrichtung oder privat bei</b>	<i>Krankenhaus, Heim oder Privatadresse</i>
<b>Station, Kontaktperson</b>	<i>falls im Krankenhaus oder Heim</i>
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>Postleitzahl, Ort</b>	
<b>Telefon mit Vorwahl</b>	
<b>Tag der Aufnahme</b>	<i>falls im Krankenhaus</i>
<b>Grund der Aufnahme</b>	<i>falls im Krankenhaus</i>



ROSENGARTEN  
PFLERESIDENZ  
ARGENTUM  
— GRUPPE —

#### 4. ANGEHÖRIGER, BETREUER ODER VERTRAUENSPERSON

<b>Art der Kontaktperson</b>	<input type="checkbox"/> Angehöriger / Familie <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vertrauensperson
<b>Vorname, Nachname</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>Postleitzahl, Ort</b>	
<b>Telefon mit Vorwahl</b>	
<b>Aktenzeichen</b>	<i>sofern vorhanden</i>

#### 5. HAUSARZT

<b>Praxis, Vor- und Nachname</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>Postleitzahl, Ort</b>	
<b>Telefon mit Vorwahl</b>	

#### 6. KRANKENKASSE, KOSTENTRÄGER, PFLEGEGRAD

<b>Art der Versicherung</b>	<input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat
<b>Name der Krankenkasse</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

#### 7. VOLLMACHTEN

<b>Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beglaubigte Kopie <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<b>Vorsorgevollmacht</b>	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beglaubigte Kopie <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

#### 8. UNTERSCHRIFTEN

<b>Ort und Datum</b>	
<b>Unterschrift</b>	
<b>Unterschrift Antragsteller</b>	<i>falls Betroffener nicht unterschreiben kann</i>

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

Telefon: (07464) 981 92 0 • Fax: (07464) 981 92 40 • rosegarten@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: Michael Thanheiser  
Steuer-Nr. 21/118/23205 • Volksbank Schwarzwald-Donau-Neckar eG • IBAN: DE62 6439 0130 0245 5400 08 • GENODES1TUT