



Kaiserblickstr. 1-5
 83088 Kiefersfelden
 Tel.: 0 80 33 / 69 40
 Fax: 0 80 33 / 98 4 91

ALPENPARK
 Zentrum für Pflege und Therapie GmbH

Anmeldung zur Heimaufnahme

Aufzunehmende(r):	Name:	
	Vornamen:	
	Mädchenname:	
Geburtsdaten:	Geburtsdatum:	
	Geburtsort:	
Familienstand:	wenn verheiratet: Tag u. Ort d. Hochzeit:	
	wenn geschieden: Tag u. Ort d. Scheidung:	
	wenn verwitwet: Sterbetag u. -ort d. Ehegatten:	
Konfession:		
Staatsangehörigkeit:		
Wohnsitz:	Straße:	
	PLZ, Ort:	
	Landkreis:	
	Tel.:	
Beruf:	erlernter Beruf:	
	zuletzt ausgeübter Beruf:	
Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 0	
	<input type="checkbox"/> Pflegestufe I	
	<input type="checkbox"/> Pflegestufe II	
	<input type="checkbox"/> Pflegestufe III	
	<input type="checkbox"/> Antrag gestellt, aber noch keine Einstufung (Kopie des Antrags liegt bei)	
Ehegatte/Ehegattin:	Name:	
	Vorname:	
	Geburtsdatum:	
	Beruf:	
	Straße:	
	PLZ, Ort:	
	Tel.:	
	Fax:	
Angehörige:	Name:	Name:
	Vorname:	Vorname:
	Straße:	Straße:
	PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
	wie verwandt:	wie verwandt:
	Tel.:	Tel.:
	Fax:	Fax:
	E-Mail:	E-Mail:
gesetzl. Betreuer:	Name:	
	Vorname:	
	Straße:	
	PLZ, Ort:	
	Tel.:	
	Fax:	
E-Mail:		

BITTE WENDEN!

sonstige Bezugspersonen:	Name:		Name:	
	Vorname:		Vorname:	
	Straße:		Straße:	
	PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
	Tel.:		Tel.:	
	Fax:		Fax:	
Hausarzt:	Name:		E-Mail:	
	Vorname:			
	Straße:			
	PLZ, Ort:			
	Tel.:			
zuletzt/zurzeit behandelndes Krankenhaus:	Name:			
	Ansprechpartner:			
	Straße:			
	PLZ, Ort:			
	Tel.:			
	Fax:			
Krankenkasse:	Name:			
	Straße:			
	PLZ, Ort:			
	Ansprechpartner:			
	Tel.:			
	Fax:			
	Mitgliedsnummer:			
monatliches Einkommen:	Art des Einkommens:	zahlende Stelle:	Betrag in €	
Kostenträger:	Die Heimkosten werden aufgebracht durch:			
	<input type="checkbox"/> das oben angeführte monatliche Einkommen			
	<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen: Bestand heute: €			
	<input type="checkbox"/> Zuzahlung von:			
<input type="checkbox"/> den zuständigen Sozialhilfeträger (Kopie des Antrags liegt bei)				
gewünschter Aufnahmeterrin:				
Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?				
Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:				

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort, Datum

Unterschrift d. Antragstellers