

ANMELDUNG zur Heimaufnahme

im **Alpenpark - Zentrum für Pflege und Therapie GmbH**

Kaiserblickstr. 1-5 ■ 83088 Kiefersfelden ■ Tel.: 0 80 33 / 69 40 ■ Fax: 0 80 33 / 98 49 1

Aufzunehmende(r):	Name:	Vorname:
	Mädchenname:	
Geburtsdaten:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand:	ledig	
	verheiratet: Tag u. Ort d. Hochzeit:	
	geschieden: Tag u. Ort d. Scheidung:	
	verwitwet: Sterbetag u. -ort d. Ehegatten:	
Konfession:		
Staatsangehörigkeit:		
Wohnsitz:	Straße:	
	PLZ, Ort:	
	Landkreis:	
	Tel.:	
Beruf:	erlernter Beruf:	
	zuletzt ausgeübter Beruf:	
Pflegegrad:	☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ Grad 5 ☐ Antrag gestellt (bitte Kopie des Antrags beilegen!)	
1. Bezugsperson:	verwandt: ☐ nein ☐ ja, wie:	
	Name:	
	Vorname:	
	Straße:	
	PLZ, Ort:	
	Telefon:	
2. Bezugsperson:	Fax:	
	E-Mail:	
	verwandt: ☐ nein ☐ ja, wie:	
	Name:	
	Vorname:	
	Straße:	
3. Bezugsperson:	PLZ, Ort:	
	Telefon:	
	Fax:	
	E-Mail:	
	verwandt: ☐ nein ☐ ja, wie:	
	Name:	
Betreuer / Bevollmächtigter:	Vorname:	
	Straße:	
	PLZ, Ort:	
	Telefon:	
	Fax:	
	E-Mail:	



Hausarzt:	Name: _____ Vorname: _____		
	Straße: _____		
	PLZ, Ort: _____		
	Telefon: _____		Fax: _____
	E-Mail: _____		
zuletzt / zurzeit behandelndes Krankenhaus:	Name des Krankenhauses: _____		
	Ansprechpartner: _____		
	Straße: _____		
	PLZ, Ort: _____		
	Telefon: _____		Fax: _____
Krankenkasse	Name der Krankenkasse: _____		
	Ansprechpartner: _____		
	Straße: _____		
	PLZ, Ort: _____		
	Telefon: _____		Fax: _____
	E-Mail: _____		
monatliches Einkommen:	Mitgliedsnummer des Aufzunehmenden: _____		
	Art des Einkommens:	zahlende Stelle:	Betrag:
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Kostenträger:	Die Heimkosten werden aufgebracht durch:		
	☐ das oben aufgeführte monatliche Einkommen		
	☐ Zuzahlung von Barvermögen: Bestand aktuell = _____		
	☐ Zuzahlung von: _____		
	☐ den zuständigen Sozialhilfeträger (bitte Antragskopie beilegen!)		
gewünschter Aufnahmetermin:	☐ Langzeitpflege ab: _____		
	☐ Kurzzeitpflege ab: _____ bis: _____		
Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?	_____		

Hinweise, besondere Wünsche und Bemerkungen (z.B. über Therapien etc.)	_____		

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers



Alpenpark Zentrum für Pflege und Therapie GmbH

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

E-Mail: info@alpenpark.de ■ www.alpenpark.de