

# Anmeldung zur Aufnahme

Per Fax an: **08323-9627-7700**

Per Mail: [seniorenheim.immenstadt@awo-schwaben.de](mailto:seniorenheim.immenstadt@awo-schwaben.de)

Oder in Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenzentrum  
Immenstadt  
Kalvarienbergstraße 84

**87509 Immenstadt**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Wird von Verwaltung ausgefüllt!

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zimmernr.  DZ  EZ  Kurzzeitpflege bis  stationär

### Persönliche Daten

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Geboren in \_\_\_\_\_  
(Stadt und Land)

Familienstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### Wohnung

(Bitte Hauptwohnsitz angeben, an dem Sie polizeilich gemeldet sind)

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bankverbindung

Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

### Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Pflegeheim  Kurzzeitpflege

### Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?

\_\_\_\_\_

### Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen

Eigene Mittel  Sozialhilfe

# Anmeldung zur Aufnahme

Name \_\_\_\_\_

## Angehöriger 1

Wie verwandt? \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon  
tagsüber \_\_\_\_\_

Telefon  
abends \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Angehöriger 2

Wie verwandt? \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon  
tagsüber \_\_\_\_\_

Telefon  
abends \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Betreuer

Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben.

Wie verwandt? \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon  
tagsüber \_\_\_\_\_

Telefon  
abends \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_

KV Nr. \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_

## Rezeptgebührenbefreiung?

Ja  nein bis \_\_\_\_\_

## Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden.