



Aufnahmeantrag

Breslauer Str. 23
94333 Geiselhöring
Tel.: 09423 911-0
Fax: 09423 911-119
E-Mail: info@seniorenzentrum-geiselhoering.de
www.seniorenzentrum-geiselhoering.de

Gewünschter
Aufnahmetermin:

Nachname:	Vorname:
-----------	----------

Geburtsname:	
--------------	--

Hauptwohnsitz:	
----------------	--

Derzeitiger Aufenthalt:	
-------------------------	--

Krankenkasse:	Mitgliedsnummer:
---------------	------------------

Beihilfeberechtigt:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
---------------------	--------------------------	----------------------------	--

Hausarzt:	Adresse u. Tel.Nr.:
-----------	---------------------

Fachärzte:	Adresse u. Tel.Nr.:
------------	---------------------

Persönliche Daten

Geburtsdatum :	Einzelzimmerwunsch:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
----------------	---------------------	--------------------------	----------------------------

Geburtsort:	Schwerbehindertenausweis:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
-------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------

Familienstand:	Schwerbehinderung in %:
----------------	-------------------------

Konfession:	Zuzahlungsbefreiung:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
-------------	----------------------	--------------------------	----------------------------

Letzte Eheschließung:	Telefon:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
-----------------------	----------	--------------------------	----------------------------

Anzahl der Kinder:	
--------------------	--

Angehörige (falls keine Angehörigen vorhanden sind, eine sonstige Vertrauensperson angeben):

Vor-/Nachname:	Vor-/Nachname:
----------------	----------------

Beziehungsstatus:	Beziehungsstatus:
-------------------	-------------------

Straße:	Hausnr.	Straße:	Hausnr.:
---------	---------	---------	----------

PLZ:	Ort:	PLZ:	Ort:
------	------	------	------

Tel:	Tel:
------	------

Mobil:	Mobil:
--------	--------

E-Mail:	E-Mail:
---------	---------

Betreuung (Amtsgerichtsbescheid), seit wann:

Vor-/Nachname:	Vor-/Nachname:
----------------	----------------

Straße:	Straße:
---------	---------

PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
----------	----------

Tel:	Tel:
------	------

Patientenverfügung:

O ja	O nein
------	--------

Pflegegrad vorhanden:	O ja	O nein	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
-----------------------	------	--------	-----	-----	-----	-----	-----

Antrag wurde gestellt am:	im Krankenhaus/Reha:	O ja	O nein
---------------------------	----------------------	------	--------