

Antrag zum Heimeinzug

(Bei Realisierung des Einzuges ist der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen mit einzureichen)

- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------|--------------------|
| im <input type="checkbox"/> | Haus Muldenblick, | Talstraße 5, | ☎ 0375/ 430870 | Fax 0375/ 4308713 |
| im <input type="checkbox"/> | Haus am Schlobigpark, | Thomas- Mann- Straße 4, | ☎ 0375/ 30310 | Fax 0375/ 3031119 |
| im <input type="checkbox"/> | Haus Stadtblick, | Sternenstraße 5, | ☎ 0375/ 440500 | Fax 0375/ 44050501 |
| im <input type="checkbox"/> | Haus Planitz, | Dortmunder Straße 9, | ☎ 0375/ 788900 | Fax 0375/ 78890100 |
| im <input type="checkbox"/> | Schloss Osterstein | Schlossgraben 1 | ☎ 0375/ 883020 | Fax 0375/ 88302919 |

in einem 1- Bett Zimmer

2- Bett Zimmer

* fettmarkierte Felder sind Pflichtfelder

1. **Vor- und Zuname** *:

2. **Anschrift** *:

Straße; PLZ; Ort

Telefonnummer

3. **derzeitiger Aufenthalt**:

Straße; PLZ; Ort

Telefonnummer

4. **Geburtsdatum/ - ort** *:

Datum

Ort

5. **Familienstand**:

6. **Konfession**:

7. **Angehörige** *: a.)

Name

Straße; PLZ; Ort

Verwandtschaftsverhältnis

Telefonnummer

b.)

Name

Straße; PLZ; Ort

Verwandtschaftsverhältnis

Telefonnummer

8. **Betreuer**:

(nach Betreuungsrecht)

Name

Straße; PLZ; Ort

Telefonnummer

9. **Hausarzt**:

Name

Straße; PLZ; Ort

Telefonnummer

10. **Antrag auf Pflegestufe gestellt** *:

nein

ja

am:

Bestehende Pflegestufe:

1

2

3

11. **Pflegekasse** *:

12. **Termin zum Einzug** *:

13. **Kostenträger**:

Wird Unterstützung beim Sozialhilfeträger beantragt?

ja

nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

14. **Hinweise**:

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Antragsteller
Bevollmächtigter

Unterschrift gesetzl. bestellter Betreuer

Unterschrift