

Anmeldung Seniorenwohnstätte Gransee

1.	Name / Geburtsname	
2.	Vorname	
3.	Wohnung	Straße/Hausnummer
		Postleitzahl/Wohnort
4.	Derzeitiger Aufenthalt	Name:
		Anschrift:
		Seit wann:
5.	Geburtsdaten	Geboren am: _____ in: _____
6.	Familienstand	
7.	Konfession	
8.	Staatsangehörigkeit	
9.	Angehörige/ Ansprechpartner	Vor- und Zuname:
		Straße/Hausnummer:
		Postleitzahl/Wohnort:
		Beziehung zum Antragsteller (z. B. Tochter):
10.	Gesetzlich bestellter Betreuer	Vor - und Zuname:
		Straße/Hausnummer:
		Postleitzahl/Wohnort:
		Telefon:
11.	Kranken- bzw. Pflegekasse	Name: _____ Mitgl.- Nr.: _____
12.	Pflegegrad	
13.	Zuzahlungsbefreit?	Ja <input type="radio"/> bis wann _____ Nein <input type="checkbox"/>
14.	Name des Hausarztes	Dr. _____ Tel. _____
		Anschrift:
		Erfolgt nach Heimaufnahme weiterhin ärztliche Betreuung durch Hausarzt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="checkbox"/>
15.	Finanzierung der Heimkosten erfolgt durch	<input type="checkbox"/> Eigenes Einkommen <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger, welcher _____ <input type="checkbox"/> Sonstige, welche _____
16.	Rechnungsanschrift	
17.	Gewünschter Aufnahmetermin Hinweise/ Bemerkungen	_____

	Datum, Unterschrift	