

# Anmeldung zur Aufnahme



Bezirksverband  
Schwaben e.V.

Seite 1

per Fax an: 0821 2999777  
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenzentrum  
Kreuzstr. 3  
86368 Gersthofen

Vorname .....  
Nachname .....  
Geburtsdatum .....

## Wird von der Verwaltung ausgefüllt!

von ..... bis ..... Zimmer Nr.  DZ  EZ  Kurzzeit bis  stationär

## Persönliche Daten

Nachname .....  
Vorname .....  
Geburtsname .....  
Geboren am .....  
Geboren in .....  
Bei Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben.  
Familienstand .....  
Konfession .....  
Staatsangehörigkeit .....

## Anschrift

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

Straße/ Nr. ....  
PLZ/ Ort .....  
Telefon .....

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim

(andere Einrichtung)? .....

## Bankverbindung

IBAN .....  
BIC .....  
Institut .....

## Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen  
 Vollstationär  Kurzzeitpflege  
 beschützende Unterbringung

## Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?

## Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen.  
 eigene Mittel  Sozialhilfe

weiter auf Seite 2

# Anmeldung zur Aufnahme



Name .....

Seite 2

## Angehöriger 1

Wie verwandt? .....

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon tagsüber .....

abends .....

Mobiltelefon,  
Telefax .....

Email .....

**Betreuer**

**Bevollmächtigter**

Betreuungs- bzw. Vollmachtsbereich/e:  
.....  
.....

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon tagsüber .....

abends .....

Mobiltelefon,  
Telefax .....

Email .....

## Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Angehöriger 2

Wie verwandt? .....

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon tagsüber .....

abends .....

Mobiltelefon,  
Telefax .....

Email .....

## Hausarzt

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon/Fax .....

## Krankenkasse

Name .....

Pflegegrad .....

seit .....

Vers.Nr. ....

## Rezeptgebührenbefreiung?

ja  nein  bis .....

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 des Antragstellers