



**Senioren- und Pflegezentrum
St. Antonius gGmbH**
Klosterstraße 30
52146 Würselen

Tel.: 02405/457-0
Fax: 02405/457-200
Internet: www.antonius-wuerselen.de
E-Mail: info@antonius-wuerselen.de

Eingangsvermerke der Einrichtung

Anmeldung zur **vollstationären Aufnahme** **Kurzzeitpflege**

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur vollstationären Aufnahme / Kurzzeitpflege einsenden)

1. Vor- u. Zuname			
2. Adresse			Tel.
3. derzeitiger Aufenthalt			
bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse			Tel.
4. Geburtsdatum/-ort	Datum: _____ Ort _____		
5. Familienstand	verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	6. Konfession:	7. Staatsangehörigkeit:
8. Angehörige	a)		
	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Tel.
	b)		
	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Tel.
	c)		
Name			
Straße/PLZ/Ort			
wie verwandt		Tel.	
9. Betreuer nach Betreuungsrecht	Name		
	Straße/PLZ/Ort		Tel.

Wirkungskreis der Betreuung	Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> ärztliche Versorgung <input type="checkbox"/>
10. Hausarzt	Name
	Straße/PLZ/Ort Tel.
11. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
Gewünschter Aufnahme-termin	<u>zur vollstationären Aufnahme:</u> _____
	<u>zur Kurzzeitpflege:</u> (Aufnahmetage <u>nur</u> montags b. freitags) vom: _____ bis: _____
	<u>Bei Kurzzeitpflege:</u> Telefon gewünscht (pro Tag 1,00 € pauschal) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
12. Hinweise, Beanstandung	
Ergänzungen	
13. Pflegegrad	(Bitte Pflegesatzbescheid beifügen)
Kranken- bzw. Pflegekasse	
14. Kosten-träger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? _____

Ort:	
Datum:	
Unterschrift des Antragstellers:	
Wenn nicht Personengleichheit:	
Unterschrift des Aufzunehmenden	