

Seniorenzentrum Sonnengarten

Wirtsgasse 41

84453 Mühldorf/Inn

Telefon: 08631/185-0

Telefax: 08631/185-109

Info@Sonnengarten.eu

www.Inntal-Pflegeheime.de



...leben bis ins hohe Alter.

Anmeldung zur Heimaufnahme

Nachname und Vorname

Geburtsname

Geburtstag

Geburtsort

Religion

Beruf

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Bisheriger 1. Wohnsitz

PLZ, Wohnort, Str. und HsNr.

Aufnahmedatum

bis

(bei Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege oder befristeter Heimvertrag)

Krankenkasse

Anschrift

Versichertennummer

Sind Sie von Rezeptgebührn/Fahrtkosten befreit? ja nein beantragt am:

Pflegekasse

Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegekasse?

ja, für Pflegestufe seit wann? (bitte Bescheid zusenden)

nein Ist der Antrag schon gestellt? ja nein

Hausarzt

Name, PLZ, Wohnort, Str. und HsNr.

vorhanden **Schwerbehindertenausweis**

nicht vorhanden

wurde beantragt

Personalausweis

vorhanden

nicht vorhanden

Geburtsurkunde

vorhanden

nicht vorhanden

Ist eine **Betreuungsverfügung** eingerichtet? ja nein

Wenn ja, wo ist diese hinterlegt?

(bitte eine Kopie zu uns senden)

Ist eine **Patientenverfügung** hinterlegt? ja nein

Wenn ja, wo ist diese hinterlegt?

(bitte eine Kopie zu uns senden)

Ist eine **rechtliche Betreuung durch ein Vormundschaftsgericht** eingerichtet? ja nein

Ab wann?

Bis wann?

Beim **Amtsgericht**

Aktenzeichen

Bitte **Betreuerausweis** und **Beschluss** in Kopie uns zusenden

Betreuungsumfang: alle Angelegenheiten Aufenthalt Vermögen Gesundheitsorge

Wohnungsangelegenheiten Postangelegenheiten Abschluss eines Heim-/Pflegevertrages

Vertretung bei Behördenangelegenheiten

Wurden unterbringungsähnliche Maßnahmen vom Vormundschaftsgericht genehmigt? ja nein

ja, welche

bitte **Beschluss** zusenden

Seit wann?

Bis wann?

Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/r

Nachname und Vorname

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Handy

Fax

email

Angehörige (Name, Verwandtschaftsgrad, Anschrift, Telefon)

Wünschen Sie:

Einzelzimmer Doppelzimmer Telefon Fernseher

Aus welchen Mitteln werden die Heimkosten beglichen?

Rente Pflegeversicherung Sozialhilfe Eigenmittel

Datum

Unterschrift des Interessenten bzw. dessen Vertreter