

MARIENHEIM
Rötzer Straße 17
92431 Neunburg vorm Wald
Tel.09672-9208100 Fax. 9208144
Mail: marienheim.stadt@neunburg.de



Anmeldung zur Heimaufnahme:

vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Tagespflege

(Bitte zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

1. Vor- und Zuname (Geburtsname): _____

2. Adresse: Straße/PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

3. Derzeitiger Aufenthalt: _____

Straße/PLZ/Ort: _____

4. Geburtsdatum: _____ Geb. -Ort: _____ und -Land: _____

5. Familienstand: _____ 6. Konfession: _____ 7. Staatsangehörigkeit: _____

8. Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____

9. Hausarzt Name/Praxis: _____

Straße/PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

10. Ist Pflege erforderlich? Ja Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Nein

11. Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

Termin der Heimaufnahme: _____

12. Kostenträger: Wird Unterstützung durch Sozialhilfe beantragt? Ja nein
wenn ja, welches Sozialamt?

13. Betreuer/Bevollmächtigter:

Name: _____

Straße/PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Wirkungskreis des Betreuers: _____

(Bitte Beschluss d. Vormundschaftsgerichts beifügen)

10. Rechnungsempfänger (Name u. Anschrift):

11. Angehörige:

Verwandtschaftsverhältnis:

a) Name:

Straße/PLZ/Ort:

Telefon:

Mail:

Verwandtschaftsverhältnis:

b) Name:

Straße/PLZ/Ort:

Verwandtschaftsverhältnis:

Telefon:

Mail:

Ort, Datum: Unterschrift des Antragstellers