

Altenpflegeheim „Betesda“

Bezeichnung des Heimes

Eingangsvermerk des Heimes

Obervogtländischer Verein
 für Innere Mission e.V.
 Altenpflegeheim Betesda
 Pestalozzistraße 30
 08606 Oelsnitz
 Telefon: 03 74 21/54-0

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Angaben zum/zur Aufzunehmenden

Name		Vorname		Geburtsname	
Adresse: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl		Wohnort	
Geburtsdatum		Geburtsort		Telefon-Nr.	
Familienstand		Konfession		Staatsangehörigkeit	
derzeitiger Aufenthalt: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl/Ort		Telefon-Nr.	

Angehörige/r a)

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl/Ort		Angehörigenverhältnis	

Angehörige/r b)

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl/Ort		Angehörigenverhältnis	

gesetzlicher Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Name		Vorname		Telefon-Nr.					
Anschrift: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl		Wohnort					
ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Aufenthaltsbestim.		Einwillig.med. Beh.		finanzielle Angeleg.		Vertretung bei Beh.		Öffnen der Post	

Wirkungskreise des Betreuers – nichtzutreffendes bitte streichen!

bitte wenden!



Altenpflegeheim „Betesda“

Hausarzt des/der Aufzunehmenden

Name		Telefon-Nr.
Adresse: Straße/Haus-Nr	Postleitzahl	Ort

weitere Angaben zum/zur Aufzunehmenden

zuständige Krankenkasse	Mitglieds-Nr. der Krankenkasse	zuerkannte Pflegestufe
Ja		Nein
Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?		
Welches Sozialamt ist zuständig?		
Ab wann wir die Heimaufnahme gewünscht?		Bemerkung

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers	Wenn nicht personengleich – Unterschrift des Aufzunehmenden

Die Entgelte sollen von folgendem Konto abgebucht werden:

Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
Bankleitzahl:	
Kontonummer:	