

Anmeldung zur Aufnahme – Wohnheim für Menschen mit Behinderung

Feldstraße 19, 01616 Strehla

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen) Bitte beachten! Alle Fragen sollten vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____

Wohnanschrift: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Gehen Sie einer externen Beschäftigung nach? nein ja - seit wann: _____

Wenn ja, Angaben zu Arbeitsstätte oder Schule: _____

Angehörige

Vor – und Zuname: _____

Anschrift: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Telefonnummer privat: _____ Telefonnummer dienstlich: _____

Telefonnummer Handy: _____

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Telefonnummer privat: _____ Telefonnummer dienstlich: _____

Telefonnummer Handy: _____

Betreuer / Bevollmächtigter mit notarieller bzw. Vorsorgevollmacht

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer privat: _____ Telefonnummer dienstlich: _____

Telefonnummer Handy: _____

Patientenverfügung: _____ ja: _____ nein: _____

Soziale Dienste Strehla gemeinnützige GmbH

Krankenkasse:	Versicherten-Nr.:
Zuzahlungsbefreiung von :	bis:
Name des Hausarztes:	Telefonnummer:
Facharzt:	Telefonnummer:
Facharzt:	Telefonnummer:
Therapeut:	Telefonnummer:
Sanitätshaus:	Telefonnummer:
	Telefonnummer:
	Telefonnummer:
Hilfebedarfsgruppe (bitte Kopie beilegen):	ab wann:
Pflegestufe (bitte Kopie beilegen):	ab wann:

Grund der Heimaufnahme

Was wir noch wissen sollten:

Ort/ Datum

Unterschrift