



Name		Geburtsname	
		(Familienname, bei Frauen auch den Geburtsname)	
Vorname		erlernter Beruf	
<i>(Rufnamen bitte unterstreichen!)</i>			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Wohnort			
(polizeilicher Hauptwohnsitz) Ort/PLZ/Straße			
Zurzeit in welchem Krankenhaus / Einrichtung?		Tag des Einzuges:	
Name/Anschrift der Einrichtung		WB/ Zimmer:	
Familienstand:	Größe:	Gewünschte Versorgungsart:	
Staatsangehörigkeit:	Gewicht:	<input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege	
Konfession:		<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	
Krankenkasse:	Zuzahlungsbefreit?		
Versichertennummer: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kassennummer: _____	gültig ab: _____ bis: _____		
(steht ganz links auf der Vorderseite)			
Kurzzeit-/Verhinderungspflege: vom		bis	
Ab wann wird der Pflegeplatz (vollstationäre Pflege) benötigt?			
Kostenträger zutreffendes bitte ankreuzen		Pflegegrad:	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 ab wann: _____	
<input type="checkbox"/> Sozialamt		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 (Bewilligung s. Bescheid)	
<input type="checkbox"/> Sonstige (Private Zusatzversicherung, etc.)		<input type="checkbox"/> 3	
		Höherstufung beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		kein Pflegegrad? Antrag bereits gestellt?	
Hausarzt:		<input type="checkbox"/> Ja Begutachtung ist erfolgt? <input type="checkbox"/>	
Name:		<input type="checkbox"/> Nein	
Adresse:		Zutreffendes bitte ankreuzen!	
Tel. & Fax.:			
Betreuer/ Bevollmächtigter:		Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name:		Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Adresse:			
Tel./ Fax./ email:			
Bitte Kopie des Betreuerausweises oder der Vollmacht beilegen.		Bitte Kopien der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung beilegen.	

Seniorenwohnpark Schöneiche
Träger: Seniorenwohn- und -pflegeheim
Schöneiche gGmbH
Hannestr. 18
15566 Schöneiche bei Berlin

Anmeldung



Angehörige

(Vor- und Zuname)

(wie verwandt?)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

Telefon und Erreichbarkeit

email (**bitte angeben!**)

Angehörige

(Vor- und Zuname)

(wie verwandt?)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

Telefon und Erreichbarkeit

email (**bitte angeben!**)

Anmerkungen: (körperliches und psychisches Befinden, chronische Erkrankungen, Pflegebedarf)?

Hilfsmittel? (z.B. Rollator, Rollstuhl, Brille, Zahnprothese, Hörgeräte)

Zimmerausstattung?

Grundausrüstung vom Haus
(Pflegebett, Nachtschrank, Kleiderschrank)

eigene Möbel

Datenschutz: Mit der Erhebung, Aufbewahrung sowie Verarbeitung der personenbezogenen Daten erkläre ich mich einverstanden.

(Datum und Unterschrift des Antragsstellers)