

FB 46 - Aufnahmeantrag

| | |
|---------------------|-------------------------|
| Einrichtung: | Eingangsvermerk: |
|---------------------|-------------------------|

Aufnahmeantrag

| | |
|--|---|
| Name (ggf. Geburtsname) | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort (Land / Kreis) | |
| Wohnung (Hauptwohnsitz) | PLZ / Ort Straße Telefon |
| Personalausweis / Pass | Ausstellungsdatum gültig bis ausstellende Behörde: |
| z. Zt. in welchem Krankenhaus / Heim (Anschrift) | |
| Familienstand | |
| letzte Eheschließung | am: in: |
| Ehegatte | Vorname(n): geb. am: in: gest. am: in: |
| Konfession | konfessionelle Betreuung gewünscht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Staatsangehörigkeit | |
| Pflegegrad vorhanden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grad: wenn nein, beantragt am: |
| Stationärer Pflegegrad beantragt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Beruf (zuletzt ausgeübt) | |
| Kinder (Zahl, Alter) | |
| Betreuer / Bevollmächtigter Urkunde / Kopie beifügen | Name: Anschrift: Telefon: |

| FB 46 - Aufnahmeantrag | |
|---|---|
| Hausarzt | Name: Anschrift: Telefon: |
| Anschrift der Angehörigen | Verwandtschaftsverhältnis: Name: Anschrift: Telefon: |
| Anschrift der Angehörigen | Verwandtschaftsverhältnis: Name: Anschrift: Telefon: |
| Anschrift der Angehörigen | Verwandtschaftsverhältnis: Name: Anschrift: Telefon: |
| Krankenkasse Versicherungsnummer | |
| Medikamentenbefreiung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von: bis: |
| monatliches Einkommen <small>freiwillige Angabe</small> | Art des Einkommens: Betrag in Euro: |
| gewünschte Unterbringung | Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer: <input type="checkbox"/> |
| Diät notwendig (welche) | |
| Wann wird der Einzug gewünscht? | |
| Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? | Name: Anschrift: In welcher Eigenschaft: |
| Hinweise, Bemerkungen | |
| <p>Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.</p> <p>Ort, Datum: _____</p> <p>Unterschrift Antragsteller: _____</p> <p>wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift Aufzunehmender: _____</p> | |