

Altenheim der Heiliggeist-Spital-Stiftung Schongau

Karmeliterstr. 8, 86956 Schongau

Tel: 08861 23550/ Fax: 08861 2355-55/ Email: [verwaltung@altenheim.schongau.de](mailto:verwaltung@altenheim.schongau.de)

## Anmeldeformular

Name:	Geb.Name:
Vorname(n):	
Geburtsdatum:	Geb.Ort:
Adresse:	Str., PLZ, Ort
Telefon:	
Familienstand:	
Konfession:	
Staatsangehörigkeit:	
Zuletzt ausgeübter Beruf:	
Angehörige/ Ansprechpartner  (falls sie keine Angehörigen haben, bitte sonstige Vertrauenspersonen angeben)	Name, Str., PLZ, Ort, Tel., wie verwandt
Betreuer/ Bevollmächtigter: (Bitte Nachweis vorlegen)	Name, Str., PLZ, Ort, Tel.
Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:	
Falls dringlich, Begründung	
Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> falls dringlich auch Zweibettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer
Bisheriger Hausarzt:	Name, Str., PLZ, Ort, Tel.
Arzt nach Heimaufnahme:	Name, Str., PLZ, Ort, Tel.
Krankenkasse: (Bitte Versicherungskarte vorlegen)	
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> bereits festgestellter Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ist beantragt seit _____ <input type="checkbox"/> Begutachtung durch MDK ist bereits erfolgt
Eingeschränkte Alltagskompetenz:	<input type="checkbox"/> Betreuungsbedarf nach §87b
Bemerkungen:	

Schongau, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_