

Antrag zur Aufnahme in das Blindenheim Schwäbisch Gmünd

1. Personendaten

Zu- und Vornamen: _____ Geburtsname: _____

Adresse: Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Beruf: _____

Diagnosen, Krankengeschichte, Besonderheiten: _____

2. Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a) Zu- und Vorname: _____ Wie verwandt: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruflich: _____ Mail: _____

b) Zu- und Vorname: _____ Wie verwandt: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruflich: _____ Mail: _____

3. Amtlicher Betreuer Bevollmächtigter

Zu- und Vorname: _____

Aufgabengebiet: Generalvollmacht Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge Postvollmacht Vorsorgevollmacht

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruflich: _____ Mail: _____

4. Ärzte

a) Hausarzt

Zu- und Vorname: _____ Telefon: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

b) _____ arzt:

Zu- und Vorname: _____ Telefon: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

c) _____ arzt:

Zu- und Vorname: _____ Telefon: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

5. Krankenkasse

Name, Adresse, Tel., Fax: _____

Von Zuzahlung befreit: ja nein

6. Aufnahme

Vorsorgliche Anmeldung Termin zur Aufnahme

7. Kostenträger

Klient Angehörige Sozialamt

8. Pflegeversicherung

Pflegegrad ist noch nicht beantragt Pflegegrad ist beantragt
 Antrag wurde abgelehnt Bescheid liegt vor für

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Ort

Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Interessent

Angehöriger

Betreuer

Von Verwaltung des Blindenheims auszufüllen

Aufnahme ab

Zimmer

Aufnahme zum nächstmöglichen Termin

Vorgemerkt auf Warteliste