

Asylstraße 5
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel. 07171 / 10 44 97-0
Fax.07171 / 10 44 97-98

1. Personendaten

Zu- und Vornamen (Geburtsname).

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Beruf:

Diagnosen/ Krankheitsgeschichte:

Vorlieben/ Abneigungen/ Wünsche:

Covid-19 geimpft? Ja Nein

Covid-19 Genesen? Ja Nein pos. PCR Datum:

Covid-19 geimpft/ Datum

1. Impfung:

2. Impfung:

3. Impfung:

4. Impfung:

2. Angehörige bzw. Kontaktpersonen

2.1 Zu- und Vorname:

Telefon:

Wie verwandt:

Mobil

Straße, PLZ, Ort:

E-Mail:

2.2 Zu- und Vorname:

Telefon:

Wie verwandt:

Mobil

Straße, PLZ, Ort:

E-Mail:

3. **Amtlicher Betreuer**

Bevollmächtigter

Zu- und Vorname:

Telefon:

Straße, Nr.

Mobil

PLZ, Ort:

E-Mail:

4. **Hausarzt**

Zu- und Vorname:

Telefon:

Straße, Nr.

Mobil

PLZ, Ort:

E-Mail:

5. **Krankenkasse**

Name

Telefon:

Straße, Nr.

Fax:

PLZ, Ort:

E-Mail:

6. **Aufnahme**

vorsorgliche Anmeldung

Termin zu Aufnahme

7. **Kostenträger**

Klient

Angehörige

Sozialamt

8. **Pflegeversicherung**

Pflegeeinstufung ist noch **nicht** beantragt

Pflegestufe ist beantragt

Höherstufung ist beantragt

Bescheid liegt vor

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Der Prüfbericht der Heimaufsichtsbehörde kann bei der Einrichtungsleitung eingesehen werden, Kopie wird auf Wunsch ausgehändigt.

Ort und Datum: Unterschrift des Antragstellers/ Angehörigen/ Bevollmächtigten

Aufzunehmender

Angehöriger

Bevollmächtigter

Von der Verwaltung des Blindenheims auszufüllen

Aufnahme ab

Zimmer

Wohnbereich

Aufnahme zum nächstmöglichen Termin

Vorgemerkt auf Warteliste

Sonstiges: