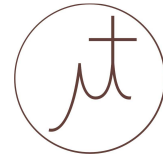


Aufnahmeantrag in das Altenheim Maria vom Karmel
Reichsstraße 10
93055 Regensburg
Tel: 0941 – 7 99 66 – 0
Fax: 0941 – 7 99 66 - 420



Name _____
(Vor- u. Zuname, ggf. **Geburtsname**)

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden
(bitte anstreichen)

Geburtsdatum: _____ geboren in: _____

Religion: _____ Beruf: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 rüstig beantragt
(bitte anstreichen)

Vor endgültiger Aufnahme in das Heim ist ein ärztliches Gesundheitszeugnis vorzulegen.

Jetziger Wohnort: _____
(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Landkreis: _____ Telefonnummer: _____

Name und Anschrift des nächsten Angehörigen: _____

Verwandtschafts-Verhältnis: _____ Telefonnummer: _____

Betreuer od. Bevollmächtigter

Name _____
(Vor- u. Zuname, ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Str. u. Hausnr. _____ Telefon _____

Datum des Abschlusses _____

Wer kommt für die Heimkosten auf? (bitte anstreichen)

Selbstzahler: Höhe der Rente: € _____

Sozialamt:

Angehörige:

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse: _____

Ihre Mitgliedsnummer: _____

Befreit von Zuzahlung: Ja Nein

Hausarzt: _____

Str. und Hausnr. _____

Ort. _____

Telefon _____

Können Sie Möbel mitbringen? (bitte anstreichen) Ja Nein

Ich ersuche Aufnahme ab: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie, den Aufnahmeantrag persönlich bei uns abzugeben, da wir ein Gespräch vor Aufnahme in unser Altenheim für zweckmäßig halten. Sprechen Sie einen Termin mit uns ab.