

<b>EINRICHTUNGSLEITUNG</b>	<b>STV. EINRICHTUNGSLEITUNG</b>
<b>Raffaele Giampa</b> Freiburger Straße 1b ☎ 07731/91254-0 ✉ raffaele.giampa@emil-sraega-haus.de	<b>Susanne Müller</b> Freiburger Straße 1b ☎ 07731/91254-0 ✉ susanne.mueller@emil-sraega-haus.de

## AUFNAHMEANTRAG

<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> dringlich
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Zeitraum	

### Persönliche Angaben

Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname			
StraÙe, Wohnort			
Telefonnummer			
derzeitiger Aufenthalt <small>(falls abweichend von obiger Anschrift)</small>			
Geburtsort und -tag			
Familienstand		Beruf	
Staatsangehörigkeit		Konfession	

<b>Ansprechpartner für die Heimverwaltung (Schriftverkehr)</b> <b>E-Mail</b>	Name, Anschrift, Telefon,
---	---------------------------

Betreuer <small>(nach Betreuungsrecht)</small>	Name	Anschrift	Telefon
Weitere Angehörige	Anschrift, Telefon		Verwandschafts- verhältnis

Ambulanter Dienst	Name	Anschrift	Telefon
Altersvorsorge- oder Generalvollmacht <small>(Angabe des Bevollmächtigten)</small>	Name	Anschrift	Telefon
Wer übernimmt die Zahlungspflicht?	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialamt (bitte angeben:)	
Mitglied welcher Kranken-/Pflegekasse?			
Hausarzt	Name	Anschrift	Telefon
Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wurde beantragt am _____, _____, _____ <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 5 <input type="checkbox"/> Grad 3			
<b>Ärztlicher Fragebogen liegt bei <input type="checkbox"/></b>			
Besondere Hinweise, Ergänzungen:			

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Aufzunehmenden  
(soweit nicht gleichzeitig Antragsteller)