

Aufnahmeantrag

**Nur zusammen mit dem vom Arzt
ausgefüllten Fragebogen einsenden!**

pro civitate g.GmbH
Bismarckstraße 38
06749 Bitterfeld-Wolfen

Tel 03493 23082
Fax 03493 23107
hl.bitterfeld@procivitate.de
www.procivitate.de/
bitterfeld-bismarckstrasse

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen
vollständig und wahrheitsgemäß aus.
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Interne Vermerke

Eingang:

Erstbesuch:

Debitoren-Nr.:

Familienname

ggf. Geburtsnamen angeben

Vorname(n)

Rufname bitte unterstreichen

Geburtsdaten

Beim Geburtsort, Kreis und ggf.
auch Land/Staat mit angeben

Datum

in

Wohnanschrift

mit Hauptwohnsitz angemeldet

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Bei wem?

Derzeitiger Aufenthalt

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Bei wem?

Zur Zeit in welcher Einrichtung?

Krankenhaus, Heim, Reha

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Aufnahmetag

Aufnahmegrund

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Letzte Eheschließung/ Partnerschaftseintrag	am	in	
Beruf	erlernter Beruf		
	zuletzt ausgeübter Beruf		
Beruf des Ehegatten/ Lebenspartners			
Kinder	Volljährige	Minderjährige	Verstorbene
Angehörige Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben	1. Familienname, Vorname(n)		
Verwandtschaftsgrad	Adresse (Straße/PLZ/Ort)		Telefon/E-Mail
Verwandtschaftsgrad	2. Familienname, Vorname(n)		Telefon/E-Mail
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)		
Verwandtschaftsgrad	3. Familienname, Vorname(n)		Telefon/E-Mail
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)		
Betreuer/ Vollmachtsnehmer	Familienname, Vorname(n)		
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)		Telefon/E-Mail
Krankenkasse/ Pflegekasse	Name	Mitglieds-Nr.	
		Pflegegrad	
Name des Hausarztes	Name	Telefon/E-Mail	
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)		

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens

Zahlende Stelle

Betrag in Euro

Kostenträger (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Heimkosten werden erbracht durch:

☐ das oben aufgeführte monatliche Einkommen

☐ Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben; Bestand heute): *

☐ Zahlungen von: **

☐ das zuständige Sozialamt in: **

* Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist.

** Die Kostenverpflichtungserklärung – liegt bei – folgt in den nächsten Tagen – muss noch beantragt werden – ist beantragt am:

Gewünschte Unterbringung

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

Termin

Für wann wird die Aufnahme gewünscht?

Antragsteller

Familienname, Vorname(n) Telefon/E-Mail

Adresse (Straße/PLZ/Ort)

In welcher Eigenschaft?

**Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit, auch
die Unterschrift des Aufzunehmenden.