

Aufnahmeantrag

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

pro civitate g.GmbH
Seniorenzentrum Schwanebeck
Rosenweg 5
39397 Schwanebeck

Fon: 03 94 24.94 30
Fax: 03 94 24.94 32 0
hl.schwanebeck@procivitate.de
procivitate.de/schwanebeck

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	1. Familienname, Vorname(n)
Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben	_____
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)
	Telefon/E-Mail
Verwandschaftsgrad	

Verwandschaftsgrad	2. Familienname, Vorname(n)	Telefon/E-Mail

	Adresse (Straße/PLZ/Ort)	

Verwandschaftsgrad	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

Familiename, 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.