



Seniorenzentrum Bohmte

Haus Elisabeth - Seniorenzentrum Bohmte GmbH · Postfach 1293 · 49154 Bohmte

Haus Elisabeth
Seniorenzentrum Bohmte GmbH
Gartenstraße 12

49163 Bohmte

Haus Elisabeth
Seniorenzentrum Bohmte GmbH
Gartenstraße 12
49163 Bohmte

Telefon: 0 54 71 | 95 52 0
Fax: 0 54 71 | 81 90

www.haus-elisabeth-bohmte.de
info@haus-elisabeth-bohmte.de

Amtsgericht Osnabrück
HRB 17351
Geschäftsführer:
Ulrich Calmer
Marita Sachse-Onken
IK 510 341 536

Volksbank Bramgau-Wittlage eG
BLZ: 265 639 60
Konto: 100 1757 700

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen vollständig aus.)

Familienname / Vorname: (ggf. Geburtsname)			
Anschrift und Telefon:			
Aktueller Aufenthalt: (z. B. Krankenhaus oder Seniorenheim, bitte jeweilige Adresse angeben!)			
Geburtsort/-datum:			
Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
Kinder/Angehörige/Bekannte, die auch im Ernstfall verständigt werden können:			
Name, Vorname:		Straße:	
Telefonnummer:		PLZ, Ort:	
Handynummer:		verwandt:	
Name, Vorname:		Straße:	
Telefonnummer:		PLZ, Ort:	
Handynummer:		verwandt:	
Name, Vorname:		Straße:	
Telefonnummer:		PLZ, Ort:	
Handynummer:		verwandt:	
Name, Vorname:		Straße:	
Telefonnummer:		PLZ, Ort:	
Handynummer:		verwandt:	

Besteht eine rechtliche Betreuung? (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Altersvorsorgevollmacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name Betreuer/in Bevollmächtigte(r):			
Anschrift / Telefon:			
Pflegeeinstufung: (Kopie bitte beifügen)	am:	in Stufe:	<input type="checkbox"/> Einstufung beantragt <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt
Kranken-/Pflegekasse:			
Versicherungsnummer:			
Jetzige(r) Hausarzt/-ärztin (ggf. neuer Hausarzt vor Ort): (Name und Anschrift)			Telefon:
Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Wohnheim	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Dauerpflege
Anmerkung:			
Gewünschter Aufnahmetermin:		Dauer der Kurzzeitpflege?	
Angaben über Aufbringung der Heimkosten:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Kostenträger Sozialamt (Ansprechpartner/in / Telefon)		
Hinweise, Bemerkungen:			
Befreit von: (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Arzneimittelzuzahlungen <input type="checkbox"/> Fahrtkosten		

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei wird nachgereicht

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers oder Bevollmächtigte(r) /Betreuer/in