

## Anmeldebogen

für einen Heimplatz im Erwachsenenwohnbereich der  
Samariteranstalten Fürstenwalde

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Geb.-ort: \_\_\_\_\_

Geb.-name: \_\_\_\_\_ Fam.-stand: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Eheschließung: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Wohnsitz: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Landkreis: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Aufnahme wird gewünscht**

gewünschter

**in der folgenden Wohnstätte:** \_\_\_\_\_ Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

### Betreuung /Vorsorgevollmacht / Bevollmächtigte/r

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Wirkungskreise: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Zuständiges Amtsgericht (Anschrift): \_\_\_\_\_

Beziehung zur/zum o.g.: \_\_\_\_\_

**Samariteranstalten**  
gegründet 1892  
gemeinnützige  
Stiftung seit 1911

**Hausanschrift**  
Langewahler Straße 1  
15517 Fürstenwalde/Spree  
**Postanschrift**  
Langewahler Straße 70  
15517 Fürstenwalde/Spree

Mitglied des  
Diakonischen Werkes  
Berlin-Brandenburg-  
schlesische Oberlausitz e.V.

**Vorsitzender  
des Kuratoriums**  
Jürgen Bossert

**Vorstand**  
Pfarrerin Ulrike Menzel  
Jürgen Hancke

**Bankverbindungen**  
KD-Bank eG  
IBAN: DE73 3506 0190  
1550 1130 11  
BIC: GENODE33DKD

Sparkasse Oder-Spree  
IBAN: DE96 1705 5050  
3010 1349 66  
BIC: WELADED1LOS

### **Angehörige**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Beziehung zur/zum o.g.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Beziehung zur/zum o.g.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Beziehung zur/zum o.g.: \_\_\_\_\_

### **Med. Betreuung / Betreuende/r Ärztin/Arzt**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

**Sonstige Angabe**

**Krankenkasse**

Name: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Pflichtmitglied  familienversichert

**Schwerbehindertenausweis**

vorhanden  nicht vorhanden

AZ: \_\_\_\_\_

Merkzeichen \_\_\_\_\_ Ausweis gültig bis: \_\_\_\_\_

Beiblatt:  ja  nein gültig bis: \_\_\_\_\_

**Aufenthalte vor der Aufnahme in die Samariteranstalten Fürstenwalde:**

von...bis \_\_\_\_\_ Aufenthaltsort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die oben gemachten Angaben elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Dabei werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Interessentin/ Interessenten  
bzw. des Bevollmächtigten/  
der Betreuerin/des Betreuers