

Anmeldebogen zur Aufnahme in das Erwachsenenwohnen

| Angaben zur Person | |
|--------------------|-------|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Geburtsort: | |
| Geburtsname: | |
| Familienstand: | seit: |
| Eheschließung: | |
| Ort | |
| Datum | |
| Konfession: | |
| Wohnsitz: | |
| Straße | |
| PLZ, Ort | |
| Landkreis: | |
| Telefon: | |
| E-Mail: | |

| | |
|---|--|
| Aufnahme wird gewünscht in der folgenden Wohnstätte: | |
| Gewünschter Aufnahmetermin: | |

| Betreuung / Vorsorgevollmacht / Bevollmächtigte/r | |
|---|------------------|
| Name, Vorname: | |
| Anschrift: | |
| Geburtsdatum: | |
| Tel. privat | dienstl.: mobil: |
| Wirkungskreise: | |
| Aktenzeichen: | |
| Zuständiges Amtsgericht (Anschrift) | |
| Beziehung zur/zum o.g.: | |

| | | |
|---|---|---|
| Geltungsbereich: Samariteranstalten Erwachsenenwohnen | Anmeldebogen zur Aufnahme in das Erwachsenenwohnen |  |
| | | |

| Angehörige | | | |
|----------------------------|--|-----------|--|
| Name, Vorname: | | | |
| Anschrift: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Tel. privat | | dienstl.: | |
| Wirkungskreise: | | | |
| Beziehung zur/zum o.g.: | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|-----------|--|
| Name, Vorname: | | | |
| Anschrift: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Tel. privat | | dienstl.: | |
| Wirkungskreise: | | | |
| Beziehung zur/zum o.g.: | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|-----------|--|
| Name, Vorname: | | | |
| Anschrift: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Tel. privat | | dienstl.: | |
| Wirkungskreise: | | | |
| Beziehung zur/zum o.g.: | | | |

| Med. Betreuung / Betreuende/r Ärztin/Arzt | |
|---|-------|
| Name, Vorname: | Tel.: |
| Anschrift: | |
| Fachgebiet: | |

| Nummerierung | Freigabe | Erarbeitet | Version | Seite |
|--------------|----------|------------|---------|---------|
| | | | 1.0 | 2 von 4 |

| | | |
|----------------|--|-------|
| Name, Vorname: | | Tel.: |
| Anschrift: | | |
| Fachgebiet: | | |

| | | |
|----------------|--|-------|
| Name, Vorname: | | Tel.: |
| Anschrift: | | |
| Fachgebiet: | | |

| |
|-------------------------|
| Sonstige Angaben |
|-------------------------|

| | | |
|--|---|-------|
| Krankenkasse | | |
| Name: | | |
| Versicherten Nr.: | | Tel.: |
| Anschrift: | | |
| <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied | <input type="checkbox"/> familienversichert | |

| | | |
|------------------------------------|---|---------------------|
| Schwerbehindertenausweis | | |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden | |
| AZ: | | |
| Merkzeichen: | | Ausweis gültig bis: |
| Beiblatt: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Gültig bis: |

| | |
|--|----------------|
| Aufenthalte vor der Aufnahme in die Samariteranstalten Fürstenwalde | |
| von...bis | Aufenthaltsort |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
| Geltungsbereich: Samariteranstalten Erwachsenenwohnen | Anmeldebogen zur Aufnahme in das Erwachsenenwohnen | | Samariter anstalten |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 des Interessierenden bzw.
Bevollmächtigten bzw. Betreuers