

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
Pfarrer Paul-G. Voget
Jürgen Hancke

Bankverbindungen
KD-Bank eG
IBAN: DE73 3506 0190
1550 1130 11
BIC: GENODED1DKD

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