

Altenpflegeheim Müllrose  
 Am Zeisigberg 6  
 15299 Müllrose



Tel.: 033606 8850  
 Fax : 033606 88520

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

Vor- u. Zuname		
Adresse	Straße/Plz/Ort	
	Telefon	
derzeitiger Aufenthalt	Straße/Plz/Ort	
	Telefon	
Geburtsdatum/-ort	Datum	Ort
Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
Angehörige	1. Name	
	Straße/Plz/Ort	
	wie verwandt	
	Telefon	
	2. Name	
	Straße/Plz/Ort	
	wie verwandt	
	Telefon	
	3. Name	
Straße/Plz/Ort		
wie verwandt		
Telefon		
Betreuer nach Betreuungsrecht	Telefon	
~Wirkungskreis Vertretungsvollmachten hat ~für	Telefon	
Hausarzt	Name	
	Telefon	
Straße/Plz/Ort		
Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	
	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
	<input type="checkbox"/> Termin zur Aufnahme	
Ergänzungen, Bemerkungen, Besonderheiten		
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt ?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig ?		
Ort		
Datum		
Unterschrift des Antragstellers		