Diakonie der Evang. Brüdergemeinde Korntal gGmbH **ALTENZENTRUM** Friederichstr. 2 70825 Korntal-Münchingen

Tel. 0711 / 8 36 30-0 Fax 0711 / 8 36 30-900 info-azk@diakonie-bgk.de



AUFNAHMEANTRAG

Angaben zur Person:					
1	Familienname / ggf. Geburtsname				
2	Vorname				
3	Anschrift				
4	Telefon / e-mail		1		
5	Geburtsdatum / Geburtsort		1		
6	Staatsangehörigkeit				
7	Konfession / Mitglied Brüdergemeinde				
8	Familienstand / Beruf		1		
Anga	ben zur Pfle	ge:	Kurzzeitpflege D	auerpflege 🗌	
9	Hausarzt				
10	Krankenkasse, Mitgliedsnummer		<i>I</i>		
11	Sind Sie von der Pflegeversicherung eingestuft?		Ja, Pflegegrad:	Nein 🗌	
12	Wenn Nein, Eileinstufung beantragt?		Ja, am:	Nein 🗌	
13	Sind Sie Raucher?		Ja 🗌 Nein 🗌		
14	Leben Sie bisher		in einer eigenen Wohnung 🗌 bei Angehörigen 🗌		
Annahan Mantaldo ana anan / Annah " da an / Bata					
Angaben zu Kontaktpersonen / Angehörigen / Betreuern:					
a)	Name			Verwandtschaftsgrad:	
	Anschrift				
	Telefon / Mobil			Generalvollmacht	
	e-mail			Betreuung	
b)	Name			Verwandtschaftsgrad:	
	Anschrift				
	Telefon / Mobil			Generalvollmacht	
	e-mail			Betreuung	

Ich bitte um Aufnahme

	ins Altenpflegeheim						
	1. Waren Sie bereits in einem Heim der st	ationären Altenhilfe?	Ja 🗌 Nein 🗌				
	2. Kommen Sie für die Heimkosten selbst	auf?	Ja 🔲 Nein 🗌				
	Wenn nein, wer oder welches Sozialam	t ist zuständig?					
	 Der Antrag wird gestellt mit der Bitte um Der Antrag wird vorsorglich gestellt mit 	_					
	4. Del Allitag Wild Versergiler gestellt mit	opatorer /tamanine					
	ins Betreute Wohnen						
	1. Einzimmer-Wohnung						
	2. Zweizimmer-Wohnung						
	3. Der Antrag wird gestellt mit der Bitte um	sofortige Aufnahme					
	4. Der Antrag wird vorsorglich gestellt mit	späterer Aufnahme					
Bem	nerkungen oder besondere Wünsch	e:					
Entsp Eine oder	der Aufnahme in das ALTENZENTRUM benö prechende Vordrucke können bei uns angefo Absage müssen wir uns insbesondere dann starker psychischer Schwierigkeiten eine Sp vorstehenden Angaben wurden vollständig un	ordert werden. vorbehalten, wenn weg ezialbehandlung erford	gen Suchterkrankung lerlich ist.				
Ort, I	Datum	Antragsteller					