ccccc

**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.: |  | | |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |  | | |
| Anschrift: |  | | |
| Geburtsdatum: |  | | |
| Tel. privat |  | dienstl.: | mobil: |
| Wirkungskreise: |  | | |
| 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 Angaben** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Krankenkasse** | | |
| Name: |  | |
| Versicherten 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 Datenschutz-gesetzes beachtet.

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

Ort, Datum Unterschrift des Interessierenden bzw.

Bevollmächtigten bzw. Betreuers