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