

Formulare Verwaltung <b>Vormerkung</b>	Friedrich-Baur-Altenwohn- und Pflegezentrum St. Kunigund, Altenkunstadt	5 299 504 403	S.1 von 1
---	---	------------------	--------------

Vormerkung für:                      Einzelzimmer ( )                      Doppelzimmer ( )

Eigene Möbel    ja / nein

benötigte Verpflegung:    Normalkosten/Schonkost/Sondennahrung  
Diät für: \_\_\_\_\_

Gewünschter Einzugstermin in das Pflegezentrum: \_\_\_\_\_

Unsere Einrichtung wurde empfohlen von: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname (ggf. Geburtsname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konf.: \_\_\_\_\_

früherer Beruf: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Anschrift der nächsten Angehörigen:

a) \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand: Pflegestufe (falls schon eingestuft) I / II / III    seit: \_\_\_\_\_  
(Ein ärztliches Attest ist vor dem Einzug in das Heim vorzulegen.)

Mitglied der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Einkommen: (Pension, Rente, usw.): \_\_\_\_\_

Die Bezahlung der Heimkosten erfolgt aus:

- eigene Mittel wie: Rente, Pension, Vermögen, Beihilfen \_\_\_\_\_

- durch das Sozialhilfamt: \_\_\_\_\_

(Im gegebenen Fall ist die Verpflichtungserklärung des Sozialhilfamt vorzulegen.)

Betreuung nötig: ja / nein

Wenn ja: Betreuung besteht für: Vermögen – Aufenthalt – Gesundheit

Betreuer: \_\_\_\_\_

Betreuungsbeschluss vom Amtsgericht: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_

(Im gegebenen Fall ist der Betreuungsbeschluss vorzulegen)

Betreuung wird/wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

Sonstige Aufgaben: \_\_\_\_\_

Die vorstehenden Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt. Mir ist bekannt, dass diese Vormerkung nur für ein Jahr gilt; ggf. wurde ich die Vormerkung erneuern. Eine evtl. Änderung der Anschrift teile ich dem Heim ebenso mit wie die Erledigung der Vormerkung bei Einzug in ein anderes Heim.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller, evtl. Betreuer

Versionsverlauf		Erstellt: Scheitler Hedwig Geprüft: Kloppe Michaela Freigegeben: Kloppe Michaela	Caritasverband für die Erzdiözese Bamberg e.V. Obere Königstr. 4b, 96052 Bamberg Tel: 0951/8604-500
1.0	14.10.2009		