

# Formular zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen (AH 1.2) zur Heimaufnahme einsenden)

Anmeldung

Vormerkung

Termin zur Aufnahme:



**Pflegezentrum Bamberg**  
**Seniorenzentrum „Am Schützenhaus“ Breitengüßbach**  
**Seniorenzentrum „Im Zeegenbachtal“ Strullendorf**  
**Senioren-Wohnanlage „Am Klingental“ Oberhaid**  
**Seniorenzentrum „Regnitz-Blick“ Bischberg**

E-Mail: info@awo-bamberg.de ● Telefon: 0951 / 4074 – 0 ● Fax: 0951 / 4074 – 410

Gewünschte Unterbringung:  nur Einzelzimmer  Doppelzimmer  Pflegeheim  
 möglichst Einzelzimmer  Mehrbettzimmer  Betreutes Wohnen

Vor- und Zuname		Geburtsname	
Straße			
PLZ / Ort		Telefon	
Derzeitiger Aufenthalt <small>(bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)</small>		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Familienstand		Konfession	
Staatsangehörigkeit			
<b>Angehörige</b>			
a.) Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Verwandtschaftsgrad			
b.) Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Verwandtschaftsgrad			
c.) Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Verwandtschaftsgrad			
<b>Betreuer (nach Betreuungsrecht)</b>			
Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Wirkungskreis der Betreuung			
<b>Hausarzt</b>			
Name		Telefon	
Straße		PLZ/Ort	
Krankenkasse		Pflegegrad	
Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen			
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Sozialamt		

Ort, Datum  
 ,

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,  
 Unterschrift des Aufzunehmenden