Anmeldeformular

Arbeiter-Samariter-Bund
Seniorenzentrum Am Park
Max-Böhme-Ring 7
96450 Coburg
Tel.: 09561/70594-0
Fax-Nr.:09561/70594-115
E-mail: seniorenzentrum@asb-coburg.de

I. Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner/-in):

Name:_____ Geburtstag:_____

Vorname:_____ Geburtsort:_____

Geburtsname:_____ Staatsangehörigkeit:_____

Familienstand:_____ Religion:_____

Bisheriger Wohnsitz:_____
(PLZ, Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

_____

Einzug ab:_____ ☐

Allgemeiner Pflegebereich: ☐ Beschützender Bereich: ☐

Einzelzimmer: ☐ Doppelzimmer: ☐

Liegt eine Inkontinenz vor: ja ☐ nein ☐

COVID 19 Impfstatus: ja ☐ , Impftermine_____ nein ☐

II. Angehörige:

1. _____
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, **e-mail-Adresse**)
Tel.-Nr.:_____ Verwandtschaftsgrad: _____

2. _____
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, **e-mail-Adresse**)
Tel.-Nr.:_____ Verwandtschaftsgrad: _____

3. _____
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, **e-mail-Adresse**)
Tel.-Nr.:_____ Verwandtschaftsgrad: _____

Besteht eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung:
ja ☐ für_____ nein ☐

Bankvollmacht: ja ☐ für_____ nein ☐

Besteht eine **rechtliche Betreuung?** ☐ ja ☐ nein

Betreuer/in, Name, Anschrift, Telefon_____

_____

Aufgabenbereiche: ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Umfassend
☐ Vermögenssorge ☐ Postberechtigung ☐ _____

III. Kostenübernahme:

Arbeiter-Samariter-Bund

Liegt ein Bescheid über einen Pflegegrad vor?

☐ ja ☐ nein ☐ wurde am_____beantragt

Wenn ja, welcher Pflegegrad wurde bestätigt?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Wurde bereits ein Bescheid auf stationäre Pflegeleistung von der Pflegekasse erteilt?

☐ ja ☐ nein ☐ wenn nein, wann beantragt_____

Sind Sie Beihilfeberechtigte/r? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie Rezeptgebühren befreit? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie von Rundfunk- und Fernsehgebühren befreit? ☐ ja ☐ nein

Den monatlichen Eigenanteil am Heimentgelt in Höhe von ca. _____Euro kann ich aus eigenem Einkommen/Vermögen begleichen: ja ☐ nein ☐

Ich habe am _____einen Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

IV. Sonstige Angaben zu

Ärzten

Hausarzt:_____Facharzt:_____

Kranken- bzw. Pflegekasse

Pflegekasse: _____Krankenkasse:_____

Krankenversicherungsnr.: _____

Bestattungsinstitut:_____

Herr/Frau_____ ist mit der Anmeldung im Seniorenzentrum Am Park einverstanden und auf den möglichen Einzug vorbereitet.

IV. Heimvertrag:

Die Aufnahme in das ASB-Seniorenzentrum Am Park erfolgt durch den gesonderten Abschluss eines Heimvertrages.
Alle weiteren zur Aufnahme notwendigen Informationen entnehmen Sie bitte den weiteren Anlagen zum Anmeldeformular.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift