



Gewünschter Aufnahmetermin:

Aufnahmeantrag

Seniorenwohn- & Pflegeheim
 94333 Geiselhöring
 Breslauerstraße 23
 Tel.: 09423 / 911- 0
 Fax: 09423 / 911 119
 e-mail: info@seniorenzentrum-geiselhoering.de
www.seniorenzentrum-geiselhoering.de



Nachname:		Vorname:	
Geburtsname:			
Wohnung: (mit Hauptwohnsitz) und Tel:			
Derzeitiger Aufenthalt:			
Krankenkasse:		Mitgliedsnummer:	
Beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein:			
Hausarzt:		Adresse u. Tel.Nr:	
Fachärzte: Adresse u. Tel.Nr:			
Persönliche Daten:			
Geburtsdatum :		Einzelzimmerwunsch: ja ☐ nein ☐	
Geburtsort:		Schwerbehindertenausweis: ja ☐ nein ☐	
Familienstand:		Schwerbehinderung in %:	
Konfession:		Zuzahlungsbefreiung: vorhanden : ja ☐ nein ☐	
Letzte Eheschließung:		Corona-Impfung: ja ☐ nein ☐	
Anzahl der Kinder:			
Angehörige: (falls keine Angehörigen vorhanden sind, eine sonstige Vertrauensperson angeben):			
Vor-/Nachname:		Vor-/Nachname:	
Beziehungsstatus:		Beziehungsstatus:	
Straße: Hausnr.		Straße: Hausnr.:	
PLZ: Ort:		PLZ: Ort:	
Tel:		Tel:	
Handy:		Handy:	
e-mail:		e-mail:	
Betreuung (Amtsgerichtsbescheid), seit wann:		Vorsorgevollmacht , seit wann:	
Vor-/Nachname:		Vor-/Nachname:	
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Tel: /		Tel:	
Patientenverfügung: vorhanden ☐ ja ☐ nein:			
Pflegegrad vorhanden: ☐ ja ☐ nein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			
Antrag wurde gestellt am : im Krankenhaus/Reha: ☐ ja ☐ nein			