

Städtische Einrichtung für Altenhilfe
Marienstift Dorfen
Ruprechtsberg 18
84405 Dorfen

Anmeldung zur



Tel. 08081 / 9322-0
Fax: 08081 / 9322-65
E-Mail: info@marienstift-dorfen.de

Aufnahme Ambulanter Dienst ab Datum _____

Name	
Vorname (n)	
Geburtsdaten	am _____ in _____
Wohnanschrift (Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	Straße und Hausnummer _____ Postleitzahl/Wohnort _____ Tel. _____
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Beruf	
Angehörige (falls keine Angehörigen vorhanden sind bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben) a)	Familiennamen _____ Vorname(n) _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ wie verwandt? _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
b)	Familiennamen _____ Vorname(n) _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ wie verwandt? _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter (wenn ja Name und genaue Anschrift angeben und Bestallungsurkunde beifügen)	Name _____ Vorname(n): _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
Patientenverfügung Betreuungsverfügung Vollmachten	(wenn ja eintragen welche und Kopie abgeben)
Kostenträger /Krankenkasse	Versicherungs- Nummer: _____

genaue Bezeichnung und Anschrift der Krankenkasse	Bezeichnung: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
Rezeptgebühren befreit	ja bis Datum: _____

Name des Hausarztes	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
Name von Fachärzten	Name: _____ Fach: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____ Name: _____ Fach: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und _____ Hausnummer _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
Pflegegrad ja welcher, seit wann oder nein Bitte den Pflegegradbescheid in Kopie beifügen!	Grad : _____ seit Datum: _____

**Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.
 Es ist mir bekannt, dass unrichtige Angaben ein Kündigungsgrund sind.**

Ort _____ den, _____
 Unterschrift des Bewerbers oder dessen gesetzlicher Vertreter

Bitte ärztliches Zeugnis, Biografie und Kurzbeschreibung des Tagesablaufes, vorlegen. Wenn vorhanden Genehmigung der Pflegestufe, Bestallungsurkunde des Betreuers, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Vollmachten, Schwerbehindertenausweis, und sonstige relevante Unterlagen vorlegen.