Städtische Einrichtung für Altenhilfe
Marienstift Dorfen
Ruprechtsberg 18
84405 Dorfen

# Anmeldung zur

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

**Heimaufnahme**
ab Datum _____

**Kurzzeitpflege**
von Datum _____ bis Datum _____

| | |
|---|---|
| **Name** | |
| **Vorname (n)** | |
| **Geburtsname** | |
| **Geburtsdaten** | am _____ in _____<br>Kreis _____ Land _____ Staat |
| **Wohnanschrift** | Postleitzahl: _____<br>Wohnort/ Gemeinde: _____<br>Straße und Hausnummer: |
| **Familienstand** | |
| **Konfession** | |
| **Staatsangehörigkeit** | |
| **Beruf** | erlernter Beruf: _____<br>zuletzt ausgeübte Tätigkeit/Beruf: |
| **Kinder (bitte Namen angeben)** | _____<br>_____ |
| **Angehörige oder Vertrauensperson** | Familienname _____<br>Vorname(n) _____<br>Postleitzahl: _____<br>Wohnort: _____<br>Straße und Hausnummer: _____<br>wie verwandt? _____<br>Tel. _____ Handy Nr. _____<br>E-Mail-Adresse: |
| **gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter** | Name _____<br>Vorname(n): _____<br>Postleitzahl: _____<br>Wohnort: _____<br>Straße und Hausnummer: _____<br>Tel. _____ Handy Nr. _____<br>E-Mail-Adresse: |
| **Patientenverfügung Betreuungsverfügung Vollmachten** | (wenn ja eintragen welche und Kopie abgeben)<br>_____ |
| **Kostenträger/ Krankenkasse**<br>Genaue Bezeichnung und Anschrift der Krankenkasse | Versicherungs- Nummer: _____<br><br>Bezeichnung: _____<br>Postleitzahl: _____<br>Wohnort: _____<br>Straße und Hausnummer _____<br>Tel.: Fax Nr.: |

| | |
|---|---|
| **Rezeptgebühren befreit** | ja bis Datum: nein: |
| **Name des Hausarztes** | |
| **Gewünschte Unterbringung** | Einzelzimmer ☐ mit Nasszelle ☐ ohne Nasszelle<br>Doppelzimmer ☐ mit Nasszelle ☐ ohne Nasszelle |
| **Pflegegrad** ja welcher, seit wann oder nein | Grad: seit Datum: nein: |

**Die Heimkosten werden aufgebracht aus:** eigenem Einkommen bzw. Vermögen

Falls aus dem Einkommen und Vermögen die Heimkosten nicht bestritten werden können, sollen diese übernommen werden von:
Name/Anschrift_____

Zuständiges Sozialamt_____

Sozialhilfeantrag wurde am _____bei _____gestellt.

**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

**Wichtig:**
**Bitte ärztliches Zeugnis, Genehmigung des Pflegegrades, Bestallungsurkunde des Betreuers, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Vollmachten, Personalausweis, Geburts- oder Heiratsurkunde, Biographie und Kurzbeschreibung des Tagesablaufs, Rentenbescheid und sonstige relevante Unterlagen vorlegen.**