

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Schwaben e. V.  
Seniorenheim im AWO Sozialzentrum Neuburg  
Längenmühlweg 20  
86633 Neuburg

Vorname _____
Nachname _____
Geburtsdatum _____

<b>Wird von der Verwaltung ausgefüllt!</b>			
von _____	bis _____	Zimmer Nr. <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bis _____	<input type="checkbox"/> stationär
Mandat Nr. AWO _____			

<b>Persönliche Daten</b>	
Geburtsname	_____
geboren in	_____
Bei Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Stadt mit angeben.	
Familienstand	_____
Konfession	_____
Staatsangehörigkeit	_____
<b>Wohnung</b>	
(Bitte den Hauptwohnsitz angeben, an dem Sie auch polizeilich gemeldet sind.)	
Straße / Nr.	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon	_____
Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim (andere Einrichtung)?	
_____	
_____	

<b>Bankverbindung</b>	
Kto-Inhaber	_____
IBAN:	_____
BIC:	_____
Kreditinstitut:	_____

<b>Gewünschte Unterbringung</b>	
Zutreffendes bitte ankreuzen	
<input type="checkbox"/>	stationäre Aufnahme
<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege
<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege

<b>Termin</b>	
Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?	
_____	

# Anmeldung zur Aufnahme



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

<b>Angehöriger 1</b>	
Verhältnis zum Bewohner	_____
Name	_____
	_____
	_____
Straße/Nr.	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon tagsüber	_____
Telefon abends	_____
Mobiltelefon	_____
Telefax	_____

<b>Angehöriger 2</b>	
Verhältnis zum Bewohner	_____
Name	_____
	_____
	_____
Straße/Nr.	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon tagsüber	_____
Telefon abends	_____
Mobiltelefon	_____
Telefax	_____

<b>Betreuer</b>	
	_____
	_____
Name	_____
	_____
	_____
Straße/Nr.	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon tagsüber	_____
Telefon abends	_____
Mobiltelefon	_____
Telefax	_____

<b>Hausarzt</b>	
Name	_____
Straße/Nr.	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon/Fax	_____
Hausbesuche im Heim:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Krankenkasse</b>	
Name	_____
KV-Nummer	_____
Pflegegrad	_____
seit	_____
<b>Rezeptgebührenbefreiung?</b>	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> _____ bis

# Anmeldung zur Aufnahme



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

<b>Benachrichtigung im Tode</b>	
Angehöriger 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Betreuer
Angehöriger 2	<input type="checkbox"/>
<b>Verantwortlich für Zimmerräumung</b>	
Angehöriger 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Betreuer
Angehöriger 2	<input type="checkbox"/>
<b>Der Bewohner bevollmächtigt hiermit die Einrichtung, im Falle ihres / seines Todes die persönlichen Einrichtungs- und Gebrauchsgegenstände an</b>	
Angehöriger 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Betreuer
Angehöriger 2	<input type="checkbox"/>
auszuhändigen.	

<b>Pflegekasse</b>	
Name	_____
	_____
	_____
Straße/Nr.	_____
PLZ/Ort	_____

<b>Die Heimkosten werden aufgebracht durch</b>	
Zutreffendes bitte ankreuzen.	
<input type="checkbox"/> eigene Mittel	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

<b>Rechnung an:</b>	
Name	_____
Straße/Nr.	_____
	_____
PLZ/Ort	_____

Wird die Wäscheversorgung vom Haus gewünscht?  ja  nein

Wird Telefon gewünscht?  ja  nein

Wertfachschlüssel  ja

Ist die Vermittlung von  Friseur  Fußpflege

Krankengymnastik  Ergotherapie gewünscht.

# Anmeldung zur Aufnahme



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Wenn nicht Personengleichheit,  
auch Unterschrift des  
Betreuers, Bevollmächtigten

Bitte bringen Sie vor dem Einzug folgende Unterlagen mit:

Personalausweis

Schwerbehindertenausweis

Betreuerausweis

Bescheid von der Pflegekasse über den Pflegegrad sowie das MDK Gutachten

Versichertenkarte

Rezeptgebührenbefreiung

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Marcumar-, Herzschrittmacher-, Endoproteese- und ähnliche Ausweise

Medikamente, Hilfsmittel etc.

Impfbuch