

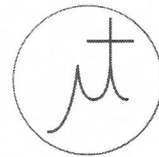
Anmeldung für das Altenheim Maria vom Karmel

Reichsstraße 10

93055 Regensburg

Tel: 0941 – 7 99 66 – 0

Fax: 0941 – 7 99 66 - 420



Name _____
(Vor- u. Zuname, ggf. Geburtsname)

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden
(bitte anstreichen)

Geburtsdatum: _____ geboren in: _____

Religion: _____ Beruf: _____

Pflegestufe: I II III rüstig
(bitte anstreichen)

Vor endgültiger Aufnahme in das Heim ist ein ärztliches Gesundheitszeugnis vorzulegen.

Jetziger Wohnort: _____
(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Landkreis: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift der nächsten Angehörigen: _____

Verwandtschafts-Verhältnis: _____ Telefonnummer: _____

Wer kommt für die Heimkosten auf ? (bitte anstreichen)

Selbstzahler: Höhe der Rente: € _____

Sozialamt:

Angehörige:

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse: _____

Ihre Mitgliedsnummer: _____

Können Sie Möbel mitbringen? (bitte anstreichen) Ja Nein

Ich ersuche Aufnahme ab: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie, den Aufnahmeantrag persönlich bei uns abzugeben, da wir ein Gespräch vor Aufnahme in unser Altenheim für zweckmäßig halten. Sprechen Sie einen Termin mit uns ab.