

Aufnahmeantrag Pflegeeinrichtungen

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei wird nachgereicht

Welche Einrichtung wünschen Sie?

- Seniorenwohnanlage am Hubland**
Zeppelinstraße 67 ▪ 97074 Würzburg ▪ Tel. 0931/8009-0 ▪ Fax 0931/8009-1147
- Seniorenzentrum Bergtheim**
Falkenstraße 1 ▪ 97241 Bergtheim ▪ Tel. 0931/8009-3110 ▪ Fax 0931/8009-3112
- Seniorenzentrum Kürnach**
Am Trieb 44 ▪ 97273 Kürnach ▪ Tel. 09367/98852-0 ▪ Fax 09367/98852-11
- Seniorenzentrum Estenfeld**
Lengfelder Straße 7 ▪ 97230 Estenfeld ▪ Tel. 09305/98884-0 ▪ Fax 09305/98884-11
- Seniorenzentrum Eibelstadt**
Am Kapellenberg 1 ▪ 97246 Eibelstadt ▪ Tel. 09303/98407-0 ▪ Fax 09303/98407-11
- Haus Franziskus, Ochsenfurt**
Uffenheimer Straße 16 ▪ 97199 Ochsenfurt ▪ Tel. 09331/98590-0 ▪ Fax 09331/98590-18
- Seniorenzentrum Aub**
Am Roßmarkt 2, 97239 Aub ▪ Tel. 09335/99681-0 ▪ Fax 09335/99681-11
- Seniorenzentrum Röttingen**
Poststrasse 8, 97285 Röttingen ▪ Tel. 09338/9807-0 ▪ Fax 09338/9807-39

Angaben zur Person

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort/Geburtsland

Vorname

Familienstand

Straße, Hausnummer

Konfession

Postleitzahl, Wohnort

Staatsangehörigkeit

Weitere Angaben zur Person

Welcher Pflegegrad ist vorhanden? 1 2 3 4 5 keiner

Seit wann besteht der Pflegegrad: _____

Der Pflegegrad wurde bereits beantragt. ja nein

Aufenthalt/Unterbringungswünsche

Daueraufenthalt ab _____ dringend vorsorglich

Einzelzimmer Zweibettzimmer

Kontakte / Angehörige

Nachname / Vorname

Nachname / Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Postleitzahl, Wohnort

Telefon

Telefon

E-Mail (in Druckbuchstaben)

E-Mail (in Druckbuchstaben)

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

Ich möchte regelmäßig per E-Mail über wichtige Themen aus den Senioreneinrichtungen des Landkreises Würzburg informiert werden.

Betreuer Betreuung wurde beantragt Betreuerausweis liegt in Kopie bei

Bevollmächtigter

Vollmacht liegt in Kopie bei

Nachname / Vorname

Telefonnummer

Straße

Postleitzahl / Ort

Rechnungsempfänger

Nachname / Vorname

Telefonnummer

Straße

Postleitzahl / Ort

Einkommen *)

Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag in €

Kostenträger

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

das oben angeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben).

Höhe des Barvermögens: ca. _____

Zahlungen von _____

Beleg/Bestätigung

liegt bei

folgt in den nächsten Tagen

muss noch beantragt werden

ist beantragt am: _____

das zuständige Sozialamt in _____

Kostenübernahme

muss noch beantragt werden

ist beantragt am: _____

*) Die Angaben bei Einkommen und Vermögen sind entscheidend dafür, ob wir den zuständigen Sozialhilfeträger verständigen.

Hausarzt

übernimmt Versorgung im Haus

Nachname / Vorname

Telefonnummer

Straße

Postleitzahl / Ort

Versicherungsverhältnis

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Mit nachstehender Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben versichert.

Würzburg, den

.....
(Unterschrift des Antragstellers)

.....
(Unterschrift des zukünftigen Bewohners)