



Residenz Friedrichsthal  
<<Zur Helene>>  
Senioren-Service-Zentrum  
„Mit Sicherheit menschlich betreut“

Martin-Luther-Str. 4  
66299 Friedrichsthal

Telefon: 06 89 7 / 94 2-0  
Telefax: 06 89 7 / 94 2-49 2

## Anmeldung zur Aufnahme

Datum: \_\_\_\_\_

Langzeitpflege

Kurzzeitpflege

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

bei Kurzzeitpflege Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

Vertragsende: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten:

\_\_\_\_\_  
Name (ggf. Geburtsname)

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße Nr.

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

### Angehörige:

1.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsverhältnis

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße Nr.

\_\_\_\_\_  
Telefon

2.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsverhältnis

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße Nr.

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Betreuer nach Betreuungsrecht:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße Nr.

\_\_\_\_\_  
Telefon

Gesundheitsvorsorge

Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Von der Zuzahlung befreit?**                       ja                       nein

**Serviceleistung Zimmer:**

Einzelzimmer

Doppelzimmer

**Finanzierung**

**1. Wurde ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt?**

Ja

Nein

Pflegestufe \_\_\_\_\_ seit dem \_\_\_\_\_

**2. Wurde ein Antrag auf Übernahme der Pflegekosten beim zuständigen Sozialamt der Gemeinde gestellt?**

Ja

Nein

**Hinweise, Ergänzungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---