
	<b>Pflegezentrum Sophienhöhe</b> Ilsenburger Stieg 1, 38667 Bad Harzburg Tel.: 05322- Fax: 05322- Mail: info@pflegezentrum-sophienhoehe.de	Ein Unternehmen der 
---	---	--

## Anmeldung zur Heimaufnahme

	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> vorsorglich
	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege
	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege mit anschließender vollstationärer Pflege	



derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Pflegeheim
	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>

gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer vorstellbar	

### Angaben zur Person des Aufzunehmenden

gewünschter Einzug am:	
------------------------	--

Name			
Geburtsname			
Vorname(n)			
Geburtsdatum		Geb.-Ort	
Konfession			
Staatsangehörigkeit			
Familienstand			
Anschrift			
Krankenkasse			
Versicherungsnummer			
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> beantragt		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

	<b>Pflegezentrum Sophienhöhe</b> Ilsenburger Stieg 1, 38667 Bad Harzburg Tel.: 05322- Fax: 05322- Mail: info@pflegezentrum-sophienhoehe.de	Ein Unternehmen der 
---	---	--

**Heimkosten werden aufgebracht durch:**

<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> Beratung gewünscht
--	---

**Angehörige/ sonstige Kontaktpersonen**

1. Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon		
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer
Verwandtschaftsgrad oder sonstiges		
E-Mail		
Rechnung per Mail	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon		
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer
Verwandtschaftsgrad oder sonstiges		
E-Mail		
Rechnung per Mail	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Hausarzt**

Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon		Fax
E-Mail		
<b>weitere Fachärzte:</b>		

Ort, Datum

Unterschrift