

ASB Seniorenzentrum Nauen 14641 Nauen					
Haus Jüdenstraße Jüdenstraße 8 – 10 Tel. 03321/ 7441 – 0		p.hirschka@asb-nauen.org k.kruner@asb-nauen.org		- intern- Eingangsdatum:	
Anmeldung zur Heimaufnahme / Kurzzeit- und Ersatzpflege					
Höhe des Entlastungsbudgets im aktuellen Kalenderjahr in Euro (Bei Pflegekasse zu erfragen):			Davon noch verfügbar im aktuellen Kalenderjahr in Euro (Bei Pflegekasse zu erfragen):		
Name / Geburtsname					
Vornamen					
Rufname bitte unterstreichen					
Pflegegrad *		Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Beantragt am:					
Wohnanschrift					
Derzeitiger Aufenthalt (bei wem, wo, seit wann)					
Geburtsdatum		Wann:		Ort:	
Familienstand		Staatsangehörigkeit:		Konfession:	
Angehörige/ Ansprechpartner bitte unterstreichen		Name		Adresse	
		Verwandtschaftsgrad:			
		Tel.:		Email:	
		Name		Adresse	
		Verwandtschaftsgrad:			
		Tel.:		Email:	

Generalvollmacht	Ja/ nein	Vorsorgevollmacht	Ja/ nein	Bankvollmacht	Ja/ nein
Bestellter Betreuer	Ja/ nein	Patientenverfügung	Ja/ nein		
Bevollmächtigter	Name			Adresse	
	Telefon			Email:	
Krankenkasse Welche:	Tel.			Adresse	
	Mitgliedsnummer				
Versicherungsverhältnis*	Rentner		Sonstiges:		
Bisheriger Hausarzt	Name:			Adresse:	
	Tel:				
Aufnahmegrund (Erkrankungen, häusliche Pflegesituation usw.)					
Unterschrift d. Antragstellers:			Datum:		
Unterschrift d. Aufzunehmenden:			Datum:		
Sonstiges - intern-					
Bemerkungen:					

* zutreffendes ankreuzen