



Kreis-Seniorenwohnheim St. Andreas Babenhausen  
 Am Espach 20, 87727 Babenhausen  
 Tel. (08333) 304-0 Fax (08333) 304-46



**Anmeldung zur Warteliste**

vorsorglich  dringend  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zi.-Nr: \_\_\_\_\_

<b>Familienname, Vorname</b>		<b>Geburtsname</b>	
<b>Adresse (Straße/PLZ/Ort)</b>		<b>Telefon</b>	
<b>derzeitiger Aufenthalt, z.B. Krankenhaus (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben)</b>			
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Familienstand</b>		<b>Konfession</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>
<b>Krankenkasse /Pflegekasse:</b> _____ <b>Mitgliedsnummer:</b> _____		<b>Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> rüstig <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <b>Heimwechsel</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Angehörige a)</b>	<b>Name, Vorname</b>		
	<b>Verwandtschaftsgrad</b>		
	<b>Straße/PLZ/Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
<b>Angehörige b)</b>	<b>Name, Vorname</b>		
	<b>Verwandtschaftsgrad</b>		
	<b>Straße/PLZ/Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
<b>Betreuer (nach Betreuungsrecht):</b>			
Name/Anschrift/Telefon/E-Mail			
<b>Vorsorgebevollmächtigter</b>			
Name/Anschrift/Telefon/E-Mail			
<b>Hausarzt</b>			
Name/Anschrift/Telefon/E-Mail			
<b>Finanzierung der Heimkosten</b> (Zur Sicherstellung einer langfristigen Heimkostenfinanzierung ist der Betreiber berechtigt eine Bonitätsprüfung durchzuführen.)		<input type="checkbox"/> Rentenbescheid <input type="checkbox"/> Privatvermögen <input type="checkbox"/> Zuständiges Sozialamt <input type="checkbox"/> Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
<b>Gewünschtes Zimmer</b>		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	

.....  
 Ort, Datum & Unterschrift des Antragstellers bzw. Betreuers / Bevollmächtigten