

VORANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Haus ANNA Senioren- u. Seniorenpflegeheim GmbH

Franzstr. 36-38 • 52064 Aachen • Tel: 0241 / 470 47 01 • Fax: 0241 / 470 47 32



BEWOHNER				
Name, Vorname		Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Geburtsdatum	Familienstand	Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Tel	Schwerbehindertenausweis Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Ausweisnummer:		Konfession / Pfarrgemeinde	
KRANKENKASSE				
Name der Krankenkasse		Krankenversicherungsnummer	gesetzliche Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Pflegestufe vorhanden wenn nein: <input type="checkbox"/> 0 wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> (Höherstufung) beantragt am				
Kostenträger				
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> KOF				
HAUSARZT		FACHARZT		FACHARZT
Name		Name		Name
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer
PLZ, Ort		PLZ, Ort		PLZ, Ort
Tel		Tel		Tel
Fax		Fachrichtung		Fachrichtung
ERKRANKUNGEN				
ANGEHÖRIGE				
Verwandtschaftsgrad		Verwandtschaftsgrad		Verwandtschaftsgrad
Name, Vorname		Name, Vorname		Name, Vorname
Vollmacht		Vollmacht		Vollmacht
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer
PLZ, Ort		PLZ, Ort		PLZ, Ort
Tel (privat)		Tel (privat)		Tel (privat)
Tel (dienstlich)		Tel (dienstlich)		Tel (dienstlich)
BETREUER				
Name, Vorname		Bereiche		
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	Tel (privat & dienstlich)	
AUFNAHME				
gewünschter Aufnahmetermin <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Voranmeldung, Termin ab:			gewünscht Zimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	

Ort und Datum:, den Unterschrift (Bewohner / Angehörige / Betreuer)