

Alten- und Pflegeheim der Heiliggeist-Spitalstiftung Wagnergasse 5 89312 Günzburg Telefon: 08221/20790-0 Fax: 08221/20790-88	<h2 style="margin: 0;">Anmeldung zur Heimaufnahme</h2>																				
<b>Persönliche Daten</b>	Eintritt: Auszug																				
Familienname: Geburtsname: Vorname/n: Straße, Wohnort: Geburtsdaten (Kreis, ggfs. auch                      am                      in Familienstand: Konfession: Staatsangehörigkeit: Letzte Eheschließung:                      am                      in																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Angehörige/Kinder:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">a)</td> <td style="padding: 5px;">Straße:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">wie verwandt ?</td> <td style="padding: 5px;">Ort:</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Telefon</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b)</td> <td style="padding: 5px;">Straße:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">wie verwandt ?</td> <td style="padding: 5px;">Ort:</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Telefon:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">c)</td> <td style="padding: 5px;">Straße:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">wie verwandt ?</td> <td style="padding: 5px;">Ort:</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Telefon:</td> </tr> </tbody> </table>		Angehörige/Kinder:		a)	Straße:	wie verwandt ?	Ort:		Telefon	b)	Straße:	wie verwandt ?	Ort:		Telefon:	c)	Straße:	wie verwandt ?	Ort:		Telefon:
Angehörige/Kinder:																					
a)	Straße:																				
wie verwandt ?	Ort:																				
	Telefon																				
b)	Straße:																				
wie verwandt ?	Ort:																				
	Telefon:																				
c)	Straße:																				
wie verwandt ?	Ort:																				
	Telefon:																				
<input type="checkbox"/> Betreuer Anschrift: Telefonnummer:  <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter Anschrift: Telefonnummer:																					

**Hinweis:**

Diese Daten werden bei uns elektronisch gespeichert und nur für dienstliche Zwecke verwendet.

Name des Hausarztes:	
Anschrift:	
Telefon:	
<b>Krankenkasse:</b>	Rezeptgebührenbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder in welcher Einrichtung ?	
Name:	
Anschrift:	
Aufnahmetag:	Aufnahmegrund:
Unterbringung:	
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
<b>Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen):</b>	
<input type="checkbox"/> Heimkosten werden selbst aufgebracht. <input type="checkbox"/> Durch das zuständige Sozialamt in Kostenübernahmeerklärung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden <input type="checkbox"/> wurde beantragt am <input type="checkbox"/> Zahlungen von Pflegekasse, Grad <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt nach beamtenrechtlichen Vorschriften ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Berechtigter zur Zimmerräumung:	
<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung	
Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:	
Diese Anmeldung ist unverbindlich. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.	
Datum:	
Unterschrift des Antragstellers:	
Antragsteller wurde vom Heim auf Versicherungsschutz aufmerksam gemacht <input type="checkbox"/> ja	
Für Vermerke des Heims:	

**Hinweis:**

Diese Daten werden bei uns elektronisch gespeichert und nur für dienstliche Zwecke verwendet.