



Dorotheenthal 37
99310 Arnstadt

Tel.: 0 36 28 / 58 50 - 0
Fax: 0 36 28 / 58 50 - 299
E-Mail: info@doroag.de

www.doroag.de

**SENIOREN
WOHN PARK**
DOROTHEENTHAL AG

Anmeldung zur Heimaufnahme

Persönliche Daten

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name, Vorname		Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>		
Anschrift (Straße, PLZ und Ort)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	Familienstand	Konfession

Angehörige

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
<input type="text"/>	
Anschrift (Straße, PLZ und Ort)	
<input type="text"/>	
Telefonnummer / Handynummer / E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
<input type="text"/>	
Anschrift (Straße, PLZ und Ort)	
<input type="text"/>	
Telefonnummer / Handynummer / E-Mail	

Betreuer / Bevollmächtigte Person lt. Vorsorgevollmacht

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name, Vorname	Betreuer	Bevollmächtigte Person	
<input type="text"/>			
Anschrift (Straße, PLZ und Ort)			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonnummer	Betreuerausweis	Vorsorgevollmacht	notarielle Vorsorgevollmacht

Gesundheitszustand

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	TBC	Hepatitis A	B	C	SARS-CoV-2	andere

Körpergröße:

Körpergewicht:

Hausarzt

Name, Vorname

Telefonnummer

Anschrift (Straße, PLZ und Ort)

Kostenträger

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Pflegegrad

zuzahlungsbefreit

Sozialhilfeträger

Antrag gestellt am

Antrag muss gestellt werden

Gewünschte Unterbringung

Aufnahmedatum

Haus

Einzelzimmer

Zimmernummer

vom Heim auszufüllen

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Seniorenwohnpark Dorotheental AG ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt. Auf Wunsch kann das Anmeldeformular mit Ihren Daten jederzeit vernichtet werden. Das Zustandekommen eines Heimvertrages ist zwingend an die Vorlage eines aktuellen ärztlichen Fragebogens gebunden.

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum, Unterschrift der Einrichtungsleitung