

"Seniorenzentrum Stadtweide"  
Am Richtfunkturn 1  
18059 Rostock  
Tel.: 0381/44039-0; Fax: 0381/44036-265

Eingangsvermerke der  
Einrichtung

Anmeldung zur Aufnahme  
(Bitte möglichst mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

1. Familienname, Geb.name	
2. Vornamen	
3. Anschrift	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
	E-Mail:
4. derzeitiger Aufenthalt	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
5. Geburtsdatum	
6. Geburtsort	
7. Familienstand	
8. Konfession	
9. Staatsangehörigkeit	
10. Angehörige	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	wie verwandt:
	Telefon:
	E-Mail:
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	wie verwandt:
	Telefon:
	E-Mail:
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	wie verwandt:
	Telefon:
	E-Mail:

<b>11a. Vormund/Betreuer nach Betreuungsrecht</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon: E-Mail:
	Wirkungskreise:
<b>11b. Vollmacht</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon: E-Mail:
	Art der Vollmacht?
<b>11c. Verfügungen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Art:
<b>12. Krankenkasse/Pflegekasse</b>	
<b>13. Pflegegrad</b>	
<b>14. Versicherungsnummer</b>	
<b>14a. Zuzahlungsbefreiung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>15. Hausarzt</b>	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
<b>16. Fachärzte</b>	
<b>17. Kostenübernahmeregelung</b>	Selbstzahler <input type="checkbox"/>
	Sozialamt <input type="checkbox"/>
	falls ja, welches? andere Zahler <input type="checkbox"/>
	Aussage noch nicht möglich <input type="checkbox"/>
<b>18. gewünschte Unterbringung</b>	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
<b>19. Zeitpunkt der gewünschten Aufnahme</b>	
<b>20. Sonstiges</b>	
<b>21. Datum</b>	
<b>22. Unterschrift des Antragsstellers</b>	