

AWO Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
Seniorenzentrum Stadtweide
Am Richtfunkturn 1
18059 Rostock
Tel. 0381/44036-0 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:

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