

"Seniorenzentrum Stadtweide" Am Richtfunkturn 1 18059 Rostock Tel.: 0381/44036-0; Fax: 0381/44036-265 stadtweide@awo-rostock.de		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	☐ ja ☐ nein
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
	E-Mail:
	Wirkungskreise:
11b. Vollmacht	☐ ja ☐ nein
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
	E-Mail:
11c. Verfügungen	☐ ja ☐ nein Art:
12. Krankenkasse/Pflegekasse	
13. Pflegegrad	
14. Versicherungsnummer	
14a. Zuzahlungsbefreiung	☐ ja ☐ nein
15. Hausarzt	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
16. Fachärzte	
17. Kostenübernahmeregelung	Selbstzahler ☐ Sozialamt ☐ falls ja, welches? andere Zahler ☐ Aussage noch nicht möglich ☐
18. gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐
19. Zeitpunkt der gewünschten Aufnahme	
20. Sonstiges	
21. Datum	
22. Unterschrift des Antragsstellers	