



# Seniorenwerk Asternhof

## Anmeldung

- Heimaufnahme     Wohnen mit Service     Kurzzeitpflege/  
Verhinderungspflege

Seniorenpflegeheim Asternhof  
Am Frauenberg 10 a/b · D-99755 Ellrich  
☎ 03 63 32 7 21-10 · Fax 03 63 32 7 21-29  
✉ asternhof@seniorenwerk.de  
www.seniorenwerk.de

### Gewünschter Einzugstermin/Aufnahmezeitraum

### Persönliche Daten

Nachname	Geburtsname
Vorname	Konfession
Geburtsdatum	Geburtsort
Familienstand	Staatsangehörigkeit

### Derzeitige Wohnung (Hauptwohnsitz)

Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

### Derzeitiger Aufenthalt

Privat     Krankenhaus     Rehabilitation     Psychiatrie     Pflegeheim

Name des Krankenhauses, etc.

Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

### Angehörige

1	Wie verwandt?	Vollmacht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Nachname	Vorname		
	Straße, Hausnummer	Telefon		
	PLZ	Wohnort		
2	Wie verwandt?			
	Nachname	Vorname		
	Straße, Hausnummer	Telefon		
	PLZ	Wohnort		

## Betreuer

ja  nein

Nachname

Vorname

Wirkungskreis der Betreuung

## Krankenkasse / Pflegekasse

Name der Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nummer

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Pflegegrad  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5  kein Pflegegrad

Status des Pflegegrades  liegt vor  beantragt Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein

## Hausarzt

Name des Hausarztes

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Ärztlicher Fragebogen (nur bei Heimaufnahme)  liegt bei  wird nachgereicht

## Kostenträger

Rechnungsempfänger

Selbstzahler (Kostendeckung durch monatliches Einkommen, Barvermögen, Bankguthaben, Mieteinnahmen) und Leistungen der Pflegekasse

Sozialhilfeträger

Bezeichnung der zahlenden Stelle

Betrag (EUR)

Zuzahlungen von  
(Bitte schriftliche  
Erklärung beilegen!)

Nachname

Vorname

Betrag (EUR)

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Übernahme der Pflegekosten durch zuständige Pflegekasse (Antrag wurde/wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt. Werden die Kosten nicht von der Pflegekasse getragen, entrichte ich den gesamten Betrag, wie im Vertrag berechnet.)

## Sonstige Angaben

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden  
(wenn abweichend)

Unterschrift der Pflegedienstleitung