

Aufnahmeantrag

Name der Einrichtung: Pflegezentrum - Sindelfingen	Straße: Wilhelm-Haspel-Straße 2	PLZ und Ort: 71065 Sindelfingen
Tel.: 07031 - 793830	Fax: 07031 - 79383100	E-Mail: pflegezentrum@drkk.org

☐ Langzeitpflege ab:			☐ Tagesgast
☐ Kurzzeitpflege von:		bis	☐ Warteliste Anmeldung wird max. 3 Monate verwahrt!
☐ Einzelzimmer	☐ Doppelzimmer ☐ akzeptiert vorübergehend Doppelzimmer		
Für das Pflegeheim: 1.		2.	

1. Personalien

Nachname	Vorname	
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsdatum
Religion	Familienstand	Staatsangehörigkeit
Straße	PLZ/Ort	
Derzeitiger Aufenthalt	Hausarzt	
Telefon	Mobiltelefon	
Pflegekasse Name und Ort	Versicherungsnummer	
Rezeptgebührenbefreiung: ☐ ja ☐ nein	Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Einstufung läuft	

2. Anschrift der nächsten Angehörigen

Nachname, Vorname	Verwandtschaftsgrad
Telefonnr.	Mobilnr.
Straße	PLZ und Ort
E-Mail	
Nachname, Vorname	Verwandtschaftsgrad
Telefonnr.	Mobilnr.
Straße	PLZ und Ort
E-Mail	

Notariell bestellter Betreuer:

3. Finanzierung:

☐ Selbstzahler ☐ Zuzahlung Sozialamt, zuständiges Sozialamt:

Die Kostenübernahme muss vor der Heimaufnahme geklärt sein!

Datum

Unterschrift des Antragstellers