



# Senioren-Centrum Lengenfeld

Antrag Heimaufnahme Haus „Linde“  
Weststraße 9, 08485 Lengenfeld, Tel: 037606/8000, Fax 037606/80030

E-Mail : scl@vs-reichenbach.de <http://www.vs-reichenbach.de>

A70.06.7.1

Vor- und Zuname (Geburtsname)					
Wohnanschrift Straße/PLZ/Ort					
Geburtsdaten	Datum:	Ort:	Staatsangehörigkeit		Konfession
Familienstand Stammbuch/Urkunde*			seit		
Angehörige:	1) Name		2) Name		
	Straße		Straße		
	PLZ/Ort		PLZ/Ort		
	Tel.		Tel.		
	Verw.-verhältnis		Verw.-verhältnis		
Betreuung/ Vollmacht *	Vollmacht	Patientenverfügung	gesetzl. Betreuer	Name	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Straße
				PLZ/Ort	
				Tel.	
				Mail	
Pflegekasse / Krankenkasse			Vers.-Nr.:		
Hausarzt	Name	Tel.	Rezeptgebührenbefreiung *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fachärzte/ Zahnarzt			Schwerbehindertenausweis *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad *	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Bescheid vom: _____ beantragt am: _____				

mit \* gekennzeichnete Felder bitte Kopien beifügen bzw. bei Heimeinzug in der Verwaltung nachreichen

Wir werden das monatlich benötigte Verwahrgeld mit in Rechnung stellen. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, müssen Sie sämtliche Zahlungen wie Fußpflege, Friseur, Apotheke usw. selbst regeln. Vermerken Sie dies bitte bei Bemerkungen. Bitte vermerken Sie auch, wenn Sie es nicht gestatten, dass Fotos für den internen Gebrauch bzw. unsere Homepage veröffentlicht werden dürfen. Sie können davon ausgehen, dass nur Fotos gemacht werden, die die Würde der Bewohner sichern.

Bemerkungen	
-------------	--

vorgesehener Aufnahmeterrin	
--------------------------------	--

Die Hinweise zur Heimaufnahme incl. der zu erwartenden Heimkosten sind mir ausgehändigt worden.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller