Haus am Bredberg
Senioren- und Pflegeeinrichtung

Haus am Bredberg GmbH · Am Bredberg 2 · 49143 Bissendorf

Haus am Bredberg GmbH
Senioren- und Pflegeeinrichtung
Am Bredberg 2

49143 Bissendorf

Haus am Bredberg GmbH
Senioren- und Pflegeeinrichtung
Am Bredberg 2
49143 Bissendorf

Telefon: 0 54 02 - 98 408-0
Fax: 0 54 02 - 98 408-10

www.haus-am-bredberg.de
info@haus-am-bredberg.de

(Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen vollständig aus.)

Familienname / Vorname: (ggf. Geburtsname)			
Anschrift und Telefon:			
Aktueller Aufenthalt: (z. B. Krankenhaus oder Seniorenheim, bitte jeweilige Adresse angeben!)			
Geburtsort/-datum:			
Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	☐ ledig ☐ verheiratet	☐ verwitwet	☐ geschieden
Kinder/Angehörige/Bekannte, die auch im Ernstfall verständigt werden können:			
Name, Vorname:		Straße:	
Telefonnummer:		PLZ, Ort:	
Handynummer:		verwandt:	
Name, Vorname:		Straße:	
Telefonnummer:		PLZ, Ort:	
Handynummer:		verwandt:	
Name, Vorname:		Straße:	
Telefonnummer:		PLZ, Ort:	
Handynummer:		verwandt:	
Name, Vorname:		Straße:	
Telefonnummer:		PLZ, Ort:	
Handynummer:		verwandt:	

HAUS AM BREDBERG GmbH
Senioren- und Pflegeeinrichtung

Besteht eine rechtliche Betreuung? (Kopie bitte beifügen)	☐ Ja ☐ Nein	Altersvorsorgevollmacht? ☐ Ja ☐ Nein	
Name Betreuer/in Bevollmächtigte(r):			
Anschrift / Telefon:			
Pflegeeingradung: (Kopie bitte beifügen)	am:	in Pflegegrad:	☐ Eingradung beantragt ☐ Höhergradung beantragt
Kranken-/Pflegekasse:			
Versicherungsnummer:			
Jetzige(r) Hausarzt/-ärztin (ggf. neuer Hausarzt vor Ort): (Name und Anschrift)			Telefon:
Gewünschte Unterbringung:	☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer	☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege ☐ Dauerpflege	
Anmerkung:			
Gewünschter Aufnahmetermin:		Dauer der Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege?	
Angaben über Aufbringung der Heimkosten:	☐ Selbstzahler	☐ Kostenträger Sozialamt (Ansprechpartner/in / Telefon) *Bitte Kopie der gültigen Rentenbescheide beifügen*	
Angabe Rechnungsempfänger:			
Befreit von: (Kopie bitte beifügen)	☐ Arzneimittelzuzahlungen ☐ Fahrtkosten		

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen ☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht

Ort, Datum: _____

_____
Unterschrift des Antragstellers oder Bevollmächtigte(r) /Betreuer/in

Die gemachten Angaben werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes weiterverarbeitet und als personenbezogene Daten geschützt!