

AWO Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH  
Seniorenzentrum Stadtweide  
Am Richtfunkturn 1  
18059 Rostock  
Tel. 0381/44036-0 Fax 0381/44036-265

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:<br>E-Mail:  |
| 11a Vormund/Betreuer<br>nach Betreuungsrecht | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Name:<br>Straße / PLZ / Ort:<br>Telefon:<br>E-Mail:<br>Wirkungskreise:  |
| 11b Vollmacht                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Name:<br>Straße / PLZ / Ort:<br>Telefon:<br>E-Mail:<br>Art der Vollmacht?   |
| 11c Verfügungen                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Art:  |
| 12. Krankenkasse/ Pflegekasse                |  |
| 13. Pflegegrad                               |  |
| 14. Versicherungsnummer                      |  |
| 15. Hausarzt                                 | Name:<br>Straße / PLZ / Ort:<br>Telefon:   |
| 16. Fachärzte                                |  |
| 17. Kostenübernahme-<br>regelung             | Selbstzahler <input type="checkbox"/><br>Sozialamt <input type="checkbox"/><br>falls ja, welches?<br>andere Zahler <input type="checkbox"/><br>Aussage noch nicht möglich <input type="checkbox"/> |
| 18. gewünschte Unterbringung                 | Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>  |
| 19. Zeitpunkt der gewünschten<br>Aufnahme    |  |
| 20. Sonstiges                                |  |
| 21. Datum                                    |  |
| 22. Unterschrift des<br>Antragsstellers      |  |