

Seniorenzentrum St. Konrad
St.-Konrad-Str. 1

49326 Melle

Tel. 05429 - 94480
Fax 05429 – 944811

Voranmeldung

Name	Vorname
ggf. Geburtsname	Geburtsort
Geburtstag	Familienstand
Beruf	Konfession
Telefon	Telefax
Anschrift	PLZ/Ort
Gewünschter Aufnahme-Termin :	
Aufnahmegründe (optional)	
Angehörige / Bezugsperson / Betreuer (bitte Person angeben die ggf. die Heimaufnahme veranlassen kann)	
Name	Vorname
Telefon	Telefax
Handy	e-mail
Anschrift	PLZ/Ort
Verwandschaftsgrad	
Besteht eine gesetzliche Betreuung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
privatrechtl. Altersvorsorgevollmacht ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorraussichtlicher Kostenträger für die Übernahme der Heimkosten, wenn	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Landkreis Osnabrück
<input type="checkbox"/> Sonstige	
Antrag bei der zust. Pflegekasse auf vollstationäre Pflege gestellt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einstufung des medizinischen Dienstes:	Pflegegrad ?
eingeschränkte Alltagskompetenz ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankenkasse	
Anschrift	PLZ/Ort
Hausarzt	
Anschrift	PLZ/Ort
Hinweis	
Ich nehme davon Kenntniss, das Ich die Übernahme der Heimkosten aus Mitteln der Sozialhilfe bei dem Sozialamt meines Aufenthaltsortes beantragen werde, wenn ich nicht in der Lage bin, die Kosten selbst zu tragen. Ich werde die Heimkosten in voller Höhe übernehmen, solange noch keine Kostenzusage des Sozialamtes vorliegt.	
Diese Voranmeldung führt zu einer Aufnahme auf unserer Warteliste. Die Anfrage wird berücksichtigt, sobald ein entsprechender Platz frei ist.	
Sollte der Heimplatz nicht mehr benötigt werden, bitten wir um eine Mitteilung.	

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____