

Östliche Ringstr. 12  
85049 Ingolstadt  
Tel 0841 / 93303-0  
Fax 93303-11

Eingang
Vormerkung erneuert
Aufnahmetermin

**VORMERKUNG FÜR DIE AUFNAHME**

Diese Vormerkung wird nach 6 Monaten vernichtet, falls Sie Ihren Wunsch nicht erneut vorbringen.

Name, Vorname		Konfession	
Geboren am		in (Ort, Kreis, Land)	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.		Beruf	Staatsangehörigkeit
Vollständige Anschrift			
Telefon-Nummer _____ Derzeitiger Aufenthalt _____			
Betreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   Anschrift: _____			
Art der Betreuung:   gerichtlich <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/>		Patientenverfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gesundheitliche Einschränkungen, Erkrankungen			
Anschrift der nächsten Angehörigen			
wie verwandt _____		Name _____ Vorname _____	
Anschrift _____		Telefon _____	
		E-Mail _____	
wie verwandt _____		Name _____ Vorname _____	
Anschrift _____		Telefon _____	
<b>Medizinische Betreuung</b>			
Name des Hausarztes		Telefon	
Diät erforderlich?		Welche?	
Krankenkasse			
Pflegegrad <input type="checkbox"/> ja, Grad _____ <input type="checkbox"/> nein		Beantragt? Wenn Ja, am _____	
<b>(Bitte Kopie mitbringen)</b>		<b>(Bitte Kopie mitbringen)</b>	
<b>Zimmerwunsch</b>			
Einzel-Appartement <input type="checkbox"/> Doppel-Appartement <input type="checkbox"/>			
Ich bin bereit, wenn kein Einzel-App. frei ist, ein Doppel-App. zu beziehen <input type="checkbox"/>			
Ich kann den Eigenanteil der Heimkosten komplett aus Eigenmitteln finanzieren <input type="checkbox"/>			
Ich bin auf Sozialhilfe angewiesen <input type="checkbox"/>			
Wann wird die Aufnahme gewünscht? sofort <input type="checkbox"/> später <input type="checkbox"/>			
Ergänzungen/Bemerkungen			

Ingolstadt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_