

Krankenkasse (Name, Adresse)

☐ ich bin privatversichert

Seniorenzentrum Dietrich-Bonhoeffer

Stinnesstraße 8, 85057 Ingolstadt Tel. 0841 93309-0 Email: info@dw-in.de

Vormerkung/Anmeldung für das Seniorenzentrum Dietrich-Bonhoeffer (Stinnesstraße) **□ WOHNEN** Ich bitte um Anmeldung/Vormerkung für die Pflege / für eine Seniorengerechte Wohnung: Familienname, Vorname(n) Geburtsname PLZ, Ort Strasse, Hausnummer Telefonnummer Staatsangehörigkeit Geburtsdatum Geburtsort ☐ Umzug aus einer anderen Pflegeeinrichtung Name/Ort der Einrichtung Gesetzlicher Betreuer vorhanden ☐ ja (Kopie bitte vorlegen) nein ☐ ja (Kopie bitte vorlegen) Vorsorgevollmacht vorhanden nein Patientenverfügung vorhanden ☐ ja (Kopie bitte vorlegen) nein (bei Interesse sprechen Sie uns einfach an)! Familienstand: □ verheiratet □ verwitwet □ ledig □ geschieden Konfession / Religion: ☐ Evangelisch ☐ Katholisch ☐ ____ Pflegegrad: □ keiner □ beantragt ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 □ Pflegegrad 5 ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 Gesundheitliche Einschränkungen, Erkrankungen Name des Hausarztes

☐ Ich bin Beihilfeberechtigt (z.B. nach Beamtenrecht)



Anschrift des 🗖 /	Angehörigen o	_{der} □ gesetzlichen B	zlichen Betreuers	
Familienname, Vorn	name			
PLZ, Ort		Strasse, Hausnummer		
Telefon	 Mobi	I	E-Mail	
Wer soll zur Abstin	nmung angerufen werd	en?		
□ Zukünftiger Bewo	ohner	gesetzlicher Betreuer		
Ich beziehe:				
	Altersrente	monatlich EUR		
	Zusatzrente Witwenrente	monatlich EUR monatlich EUR		
	Pension	monatlich EUR		
	Unterhaltshilfe	monatlich EUR		
	Sonstige Einkünfte	monatlich EUR		
Ner kommt für die d	durch eigene Bezüge nich	t gedeckten Kosten auf?		
☐ Ich bin auf Soziall	hilfe angewiesen			
Datum			Unterschrift	
→ Bitte beachten S	Sie, dass wir nur vollständ	lig ausgefüllte Formulare berücks	ichtigen können 🗲	