



**Evangelische Stadtmission Freiburg e.V.**  
**Seniorenpflegeheim Bötzingen**  
**Kindergartenstrasse 1**  
**79268 Bötzingen**  
**Tel: 07663/914978-0 Fax: 07663/914978-24**  
**pflegeheim-boe@stadtmission-freiburg.de**

- nicht vom Antragsteller auszufüllen! -

**Aufnahme:**

\_\_\_\_\_

**Wohnbereich:**

\_\_\_\_\_

**Zimmernummer:**

# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

<b>Aufnahmeart</b>	<input type="radio"/> <b>Stationär am:</b>	<input type="radio"/> <b>Kurzzeitpflege von</b>	<b>bis</b>
--------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------------	------------

<b>1. Vor- u. Zuname</b>			<b>2. Geburtsname</b>		
<b>3. Adresse</b>	Straße/Haus-Nr.				
	PLZ/Ort			Telefon	
<b>4. Derzeitiger Aufenthalt</b>					
<b>5. Geburtsdaten</b>	<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geburtsort</b>		
<b>6. Familienstand</b>	<b>Familienstand</b>		<b>7. Konfession</b>		<b>8. Staatsangehörigkeit</b>
<b>9. Erster Ansprechpartner</b>	Name, Vorname			Verwandtschaftsverhältnis	
	Straße/Haus-Nr./PLZ/Ort				
	Telefon		Mobil od. Fax		E-Mail-Adresse
<b>Weitere/r</b>	b) Name, Vorname			Verwandtschaftsverhältnis	
<b>Ansprechpartner</b>	Straße/Haus-Nr./PLZ/Ort				
	Telefon		Mobil od. Fax		E-Mail-Adresse
<b>10. Betreuer</b> (nach Betreuungsrecht)	Name, Vorname				
<b>Bitte Kopie der Urkunde beifügen</b>	Straße/Haus-Nr./PLZ/Ort				
	Telefon		Mobil od. Fax		E-Mail-Adresse
<b>11. Hausarzt</b>	Name, Vorname				
	Straße/Haus-Nr./PLZ/Ort				
	Telefon		Fax		E-Mail-Adresse
<b>12. Pflegekasse u. Vers. Nr.</b>	Name und Ort::		Vers.Nr.:		<b>Beihilfe:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>13. Pflegegrad</b>				Seit:	
	beantragt am:				
<b>14. Gewünschte</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer				
<b>16. Kostenträger</b>	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?				

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,  
Unterschrift des Aufzunehmenden

Ort, Datum		
------------	--	--