



Cura-Med

Fröbelweg 3 - 66352  
Großrosseln  
Telefon: 0 68 09 / 99 71 - 0  
Telefax: 0 68 09 / 99 71 -29  
www.cura-med.de

## Süd-Warndt Klinik GmbH Anmeldung Phase F

|     |   |                          |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.  | Vorname:  | <input type="text"/>     | Zuname:                  | <input type="text"/>     |                          |
| 2.  | Adresse:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | Telefon:  | <input type="text"/>     | Telefax:                 | <input type="text"/>     |                          |
| 3.  | <b>Derzeitiger Aufenthalt</b>                                 |                          |                          |                          |                          |
|     | Adresse:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | Telefon:  | <input type="text"/>     | Telefax:                 | <input type="text"/>     |                          |
| 4.  | Geburtsdatum:   | <input type="text"/>     | Geburtsort:              | <input type="text"/>     |                          |
| 5.  | Familienstand:  | <input type="text"/>     | 6. Konfession:           | <input type="text"/>     |                          |
| 7.  | Staatsangehörigkeit:  | <input type="text"/>     | 6a. Beruf:               | <input type="text"/>     |                          |
| 8.  | <b>Angehörige</b>   |                          |                          |                          |                          |
|     | a) Vorname:   | <input type="text"/>     | Zuname:                  | <input type="text"/>     |                          |
|     | Adresse:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | Telefon:  | <input type="text"/>     | Telefax:                 | <input type="text"/>     |                          |
|     | Verwandtschaftsgrad:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | b) Vorname:   | <input type="text"/>     | Zuname:                  | <input type="text"/>     |                          |
|     | Adresse:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | Telefon:  | <input type="text"/>     | Telefax:                 | <input type="text"/>     |                          |
|     | Verwandtschaftsgrad:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
| 9.  | <b>Betreuer (nach Betreuungsrecht)</b>                        |                          |                          |                          |                          |
|     | Vorname:  | <input type="text"/>     | Zuname:                  | <input type="text"/>     |                          |
|     | Adresse:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | Telefon:  | <input type="text"/>     | Telefax:                 | <input type="text"/>     |                          |
|     | <b>Wirkungskreis der Betreuung:</b>                           | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
| 10. | Hausarzt:   | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | Adresse:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | Telefon:  | <input type="text"/>     | Telefax:                 | <input type="text"/>     |                          |
| 11. | Krankenversicherung:  | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
| 12. | Gewünschter Aufnahmetermin:                                   | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
| 13. | Gewünschte Unterbringung:                                     | <input type="checkbox"/> | Einzelzimmer:            | <input type="checkbox"/> |                          |
|     |   |                          | Doppelzimmer:            | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14. | Kostenträger:   | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
|     | Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt ? | Ja                       | <input type="checkbox"/> | Nein                     | <input type="checkbox"/> |
|     | Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig                      | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |
| 15. | Pflegeeinstufung zur Zeit?                                    | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |

### Wir benötigen zur Aufnahme von Ihnen folgende Unterlagen:

- Ärztliche Unterlagen • Versichertenkarte
- Befreiungsausweis über die Zuzahlung von Medikamenten/Heilmitteln
- Ab-/ Ummeldung vom bisherigen Wohnsitz
- Kopie des Personalausweises

Ort

Datum

Unterschrift Antragssteller / Antragsstellerin