

Parkresidenz Helmine Held, Auf der Eierwiese 26, 82031 Grünwald

### Antrag auf Aufnahme in:

Wohnen mit Service	Allgemeine Pflege	Kurzzeitpflege	Beschützende Abteilung
<input type="checkbox"/> 1 Zimmer-App.	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> 2 Zimmer-App	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer

Einzugstermin: \_\_\_\_\_

Dringend (innerhalb der nächsten 4- 6 Wochen)

### Antragsteller (zukünftiger Bewohner):

Name:	Vorname:
Geburtsname:	geboren am/ in:
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel.Nr:	Familienstand:
Konfession:	Pflegekasse:
Krankenkasse/Versichertennummer:	Pflegegrad:
Nationalität:	

### Angehörige:

Name:	Verwandtschaftsverhältnis:
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel. Nr.	E-Mail:
Name:	Verwandtschaftsverhältnis:
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel. Nr.	E-Mail:

**Gesetzlicher Betreuer (wenn vorhanden)**

Name:	
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel. Nr.	E-Mail:

**Hausarzt:**

Name:	
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel. Nr.	

**Folgende Vorsorgemaßnahmen/Formulare liegen vor:**

Vorsorgevollmacht	Betreuungs- verfügung	Patienten- verfügung	Unterbringungs- beschluss
			nur für Beschützende Abteilung
<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor

**Kostenträger:**

- Selbstzahler                       Sozialhilfe                       Beihilfe  
 Sonstige                               Die Kostenübernahme ist beantragt bei \_\_\_\_\_

**Datum der letzten COVID19 - Impfungen:**

1. Impfung: \_\_\_\_\_     Nicht geimpft  
 2. Impfung: \_\_\_\_\_  
 3. Impfung: \_\_\_\_\_  
 4. Impfung: \_\_\_\_\_

Ort/ Datum	Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzl. Vertreters
------------	--