

Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Halle/ Bitterfeld e. V.
Seniorenzentrum Elsteraue, Joachimstalerstraße 19a, 06132 Halle (Saale)

Anmeldung zur Aufnahme in das SZE

Telefon: 0345 – 68 55 582 o. 0345 – 68 55 554 Fax: 0345/6855599

E-Mail: p.burtzlaff@asb-halle-bitterfeld.de

Name, Vorname (Rufnamen unterstreichen)		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
derzeitige Adresse	Postleitzahl	Wohnort/Gemeinde
	Straße und Hausnummer	Telefonnummer
Anzahl der Kinder	Volljährige	Minderjährige Verstorbene
Staatsangehörigkeit		
Beruf	erlernter Beruf	zuletzt ausgeübt
Religion		
Familienstand		
Krankenkasse	Name/Anschrift	Vers.nummer
Angehörige	Name	Verw.-grad
	Anschrift	Telefon
	Name	Verw.-grad
	Anschrift	Telefon
	Name	Verw.-grad
	Anschrift	Telefon
	Name	Verw.-grad
	Anschrift	Telefon
Bevollmächtigte/Betreuer (zutreffendes bitte unterstreichen)	Name	Verw.-grad
	Anschrift	Telefon

monatliches Einkommen	Art	
	Art	
derzeitiger Aufenthalt	Name	Anschrift
	Anschrift	Telefon
Angaben zum Ehepartner	Name	Anschrift
	Anschrift	Telefon
	Eheschließung am _____ in _____	
	verstorben am _____ in _____	
Pflegegrad		
Gründe für Aufnahme		
Behandelnde Ärzte	Name / Adresse / Telefon	Wechsel erwünscht
Hausarzt (Allgemeinmediziner)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hautarzt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neurologe		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahnarzt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie eine weitere Versorgung durch ihren Hausarzt wünschen, klären Sie bitte mit diesem ab, ob er Hausbesuche in unserer Einrichtung wahrnehmen kann. Falls dies nicht möglich ist, wenden Sie sich an uns. Dies gilt auch für die Betreuung durch Ihre Fachärzte, Therapeuten, sowie Friseur und Fußpflege.

Mit unserer Einrichtung arbeiten verschiedene Hausärzte, Fachärzte, Therapeuten, sowie Friseure und Fußpflegen gut zusammen.

Käme auch eine Unterbringung in unserem Partnerhaus „ASB Pflegeheim“ in der Jamboler Straße 2 in 06130 Halle (Saale) in Frage?

☐ Ja ☐ Nein

Datum / Unterschrift Antragsteller (wenn der Betroffene nicht selbst, dann bitte Name, Anschrift des Unterschreibenden)	
---	--

Dieses Anmeldeformular ist vollkommen unverbindlich. Bitte informieren Sie uns, sollten Sie von der Anmeldung zurücktreten.