

	<h2 style="margin: 0;">Therapiezentrum in Rickert</h2> <p style="margin: 0;">Dorfstraße 48 24782 Rickert Tel. 04331-346 0 Fax 04331-346 122 www.therapiezentrum-in-rickert.de information@therapiezentrum-in-rickert.de</p>	<p style="margin: 0;">Eingangsstempel</p>

Anmeldung zur Aufnahme im Therapiezentrum in Rickert

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

Vor- u. Zuname			
Adresse			
Derzeitiger Aufenthalt mit Adresse			
Geburtsdaten/ort	Datum	Ort	
Familienstand	verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	Konfession	Staatsangehörigkeit
Angehörige	Name		Email
	Straße/PLZ/Ort		
	Wie verwandt		
	Name		Email
	Straße/PLZ/Ort		
	Wie verwandt		
	Name		Email
	Straße/PLZ/Ort		
Betreuer	Name		Email
	Straße/PLZ/Ort		
Wirkungskreis der Betreuung	Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> ärztliche Versorgung <input type="checkbox"/>		
Hausarzt	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>		
Gew. Aufnahmetermin	(Aufnahme <u>nur</u> montags b. donnerstags 14 Uhr)		
Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen			
Pflegegrad	(Bitte Pflegeeinstufungsbescheid beifügen) vorläufig oder endgültig 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		
Kranken- bzw. Pflegekasse	Name		Bitte bei der Aufnahme die VersKarte der KK mitbringen
	Straße/PLZ/Ort		
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		

	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Aufzunehmenden
Ort, Datum		