



Altenpflegeheim St. Michael
Friedrichstraße 48
01067 Dresden
aph-stm@caritas-ddm.de
Tel.: 0351 / 43915-0, Fax: 0351 / 43915-34

Eingangsvermerk:

Anmeldung zur Aufnahme

Vor- und Zunahme		geborene
Adresse	Straße/PLZ/Ort	
		Telefon
Derzeitiger Aufenthalt (KH, REHA, KZPFL)	Straße/PLZ/Ort	
		Telefon
Geburtsdaten	Datum	Ort
Familienstand	Konfession Staatsangehörigkeit	
Angehörige	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
	wie verwandt	Telefon
	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
	wie verwandt	Telefon
	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
	wie verwandt	Telefon
Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
		Telefon
Wirkungskreis		
Hausarzt	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
		Telefon
Krankenkasse	Pflegegrad	
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht		
Zimmerwunsch	Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer <input type="radio"/>	Termin zur Aufnahme
Hinweise		
vorvertragliche Informationen erhalten JA <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift der/des Bevollmächtigten

