

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

Anmeldung zur Aufnahme in das SZE

Telefon: 0345 – 68 55 585 o. 0345 – 68 55 554
E-Mail: p.burtzlaff@asb-halle-bitterfeld.de

Fax: 0345/6855599

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 Fußpfleger 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)	
---	--