

Augustinum Wohnstifte gGmbH, Itzel-Sanatorium
Julius-Vorster-Straße 10, 53227 Bonn
Tel.-Nr.: 0228/97 05 - 0, Fax: 0228/97 05 – 170
www.itzel-sanatorium@augustinum.de

1.	Interessent <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Amtlich bestellter Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	Name _____ Straße/Hs.-Nr. _____ PLZ/Ort _____ Tel.-Nr. _____ E-Mail _____
2.	Anzumeldende Person	Name _____ Geburtsname _____ Straße/Hs.-Nr. _____ PLZ/Ort _____
3.	Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> andere Einrichtung
4.	Geburtsdaten	Datum: _____ Ort: _____
5.	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
6.	Konfession	<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> konfessionslos <input type="checkbox"/> Sonstige
7.	Unterbringungsbeschluss	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt; wenn ja, wann:
8.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt; wenn ja, wann: <input type="checkbox"/> mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 43 b, SGB XI
9.	Kostenträger	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Sozialhilfe
10.	Derzeitiger Hausarzt	Name _____ Straße/Hs.-Nr. _____ PLZ/Ort _____ Tel.-Nr. _____
11.	Krankenkasse	Vers.-Nr. _____
12.	Einzugstermin	<input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> z. Zt. noch nicht
13.	Sonstiges	

Datum: _____ Unterschrift _____