



**Altenpflegeheim St. Michael**  
**Friedrichstraße 48**  
**01067 Dresden**  
[aph@stmichael-dresden.de](mailto:aph@stmichael-dresden.de)  
 Tel.: 0351 / 43915-0, Fax: 0351 / 43915-34

Eingangsvermerk:

## Anmeldung zur Aufnahme

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

