

**Ansprechpartner für das Seniorenzentren „Wohnen im Alter“
ist die Bewohnerverwaltung in Sonneberg
Tel.: 03675 8914-680, Fax.: 03675 8914-699**

- Seniorenzentrum „Wohnen im Alter“, Friesenstraße 1a, 96515 Sonneberg
- Seniorenzentrum „Wohnen im Alter“, Friesenstraße 1a, 96515 Sonneberg, Gerontopsychiatrischer Wohnbereich

**Ansprechpartner für das Seniorenzentrum „Hildburghäuser Land“ ist die
Bewohnerverwaltung in Hildburghausen,
Tel.: 03685 773-712 Fax.: 03685 773-725**

- Seniorenzentrum „Hildburghäuser Land“ Schleusinger Str. 27a, 98646 Hildburghausen

**Ansprechpartner für das Seniorenzentrum „Am Thomasberg“ ist die
Bewohnerverwaltung
Tel.: 03686 6166-113 Fax.: 03686 6166-141**

- Seniorenzentrum „Am Thomasberg“, Thomasberger Weg 19, 98673 Eisfeld

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Adresse: _____
PLZ Ort

Straße Telefon

Derzeitiger
Aufenthalt: _____
Einrichtung (Krankenhaus, Seniorenzentrum, etc.) Straße

PLZ Ort Telefon

Familienstand: _____ Konfession: _____

Heimaufnahmeantrag Seniorenzentren

QMS-10.2.9.3.1

Angehörige:

Name *Straße*

PLZ Ort *Telefon* *Verwandtschaftsverhältnis*

Angehörige:

Name *Straße*

PLZ Ort *Telefon* *Verwandtschaftsverhältnis*

Bevollmächtigter
oder gesetzlicher
Betreuer:

Name *Straße*

PLZ Ort *Telefon*

Betreuungs-
bereiche:

**Wurde ein gesetzlicher Betreuer durch das zuständige Amtsgericht festgelegt,
bitte den "Beschluss über die Bestellung eines Betreuers" in Kopie oder eine Kopie
der Betreuungsvollmacht beifügen.**

Hausarzt:

Name *Straße*

PLZ Ort *Telefon*

Krankenkasse: _____ Pflegegrad: _____

Versichertennummer: _____

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Zweibettzimmer

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Kostenträger:

(Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?)

Hinweise, Ergänzungen:

Ort, Datum

*Unterschrift
Antragsteller*

*Unterschrift des Aufzunehmenden,
falls nicht Personengleichheit*