



AUFNAHMEANTRAG

Seniorenheim Goldegg, Hofmark 24, 5622 Goldegg

Telefon: 06415/94100, Fax: 06415/94100 44, Mail: sh.goldegg@salzburger.hilfswerk.at

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN | ZUKÜNFTIGE/R BEWOHNER/IN

Familienname, Vorname, Titel			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geburtsname		Familienstand	
Wohnanschrift			
Telefonnummer			
Staatsangehörigkeit		Religion	
Krankenversicherung			
Zusatzversicherung			
Pensionsversicherung/en	1. 2.		
Sozialversicherungsnummer			
Mindestsicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Pflegegeldbezug	<input type="checkbox"/> Ja Stufe: _____ Seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein Angesucht am: _____ <input type="checkbox"/> Erhöhungsantrag gestellt am: _____		
Corona Impfung	<input type="checkbox"/> Ja 1. Impftermin: _____ 2. Impftermin: _____ <input type="checkbox"/> Nein		
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		



Vorsorgevollmacht, Erwachsenenvertretung (EV)	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Gewählte EV
	<input type="checkbox"/> Gesetzliche EV	<input type="checkbox"/> Gerichtliche EV
	Name:	<input type="checkbox"/> Keine vorhanden

WICHTIGSTE KONTAKTPERSON

Name			
Verwandtschaftsverhältnis persönliche Beziehung			
Adresse			
Telefon		E-Mail	
Zusendung der Abrechnung? Wenn ja:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> per Mail	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> per Post	

ORGANISATORISCHE INFORMATIONEN

Wann ist der gewünschte Aufnahmetermin?	<input type="checkbox"/> Ehestmöglich	<input type="checkbox"/> Ab: _____
	<input type="checkbox"/> Evidenz – Kontaktaufnahme durch Interessenten	

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw.
des/der gesetzlichen Vertreter/in