

Städtische Einrichtung für Altenhilfe  
Marienstift Dorfen  
Ruprechtsberg 18  
84405 Dorfen

# Anmeldung zur



Tel. 08081 / 9322-0  
Fax: 08081 / 9322-65  
E-Mail: [info@marienstift-dorfen.de](mailto:info@marienstift-dorfen.de)

## Aufnahme Ambulanter Dienst ab Datum \_\_\_\_\_

<b>Name</b>	
<b>Vorname (n)</b>	
<b>Geburtsdaten</b>	am _____ in _____
<b>Wohnanschrift</b> ( Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	Straße und Hausnummer _____ Postleitzahl/Wohnort _____ Tel. _____
<b>Familienstand</b>	
<b>Konfession</b>	
<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Beruf</b>	
<b>Angehörige</b> (falls keine Angehörigen vorhanden sind bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben) <b>a)</b>	Familiennamen _____ Vorname(n) _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ wie verwandt? _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
<b>b)</b>	Familiennamen _____ Vorname(n) _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ wie verwandt? _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
<b>gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter</b> (wenn ja Name und genaue Anschrift angeben und Bestallungsurkunde beifügen)	Name _____ Vorname(n): _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel. _____ Handy Nr. _____
<b>Patientenverfügung Betreuungsverfügung Vollmachten</b>	(wenn ja eintragen welche und Kopie abgeben)
<b>Kostenträger /Krankenkasse</b>	Versicherungs- Nummer: _____

<b>genaue Bezeichnung und Anschrift der Krankenkasse</b>	Bezeichnung: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
<b>Rezeptgebühren befreit</b>	ja bis Datum: _____

<b>Name des Hausarztes</b>	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
<b>Name von Fachärzten</b>	<b>Name:</b> _____ <b>Fach:</b> _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____  <b>Name:</b> _____ <b>Fach:</b> _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und _____ Hausnummer _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
<b>Pflegegrad</b> ja welcher, seit wann oder nein <b>Bitte den Pflegegradbescheid in Kopie beifügen!</b>	Grad : _____ seit Datum: _____

**Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.  
Es ist mir bekannt, dass unrichtige Angaben ein Kündigungsgrund sind.**

Ort \_\_\_\_\_ den, \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Bewerbers oder dessen gesetzlicher Vertreter

Bitte ärztliches Zeugnis, Biografie und Kurzbeschreibung des Tagesablaufes, vorlegen. Wenn vorhanden Genehmigung der Pflegestufe, Bestallungsurkunde des Betreuers, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Vollmachten, Schwerbehindertenausweis, und sonstige relevante Unterlagen vorlegen.