



Bezirksverband  
Unterfranken e.V.

**Sozialzentrum Jung und Alt**  
Winterhäuser Straße 11 - 97084 Würzburg  
Tel.: 0931 - 61 03 0 - Fax: 0931 - 61 03 505  
[sozialzentrum@awo-unterfranken.de](mailto:sozialzentrum@awo-unterfranken.de)  
[www.sozialzentrum-wuerzburg.de](http://www.sozialzentrum-wuerzburg.de)

**Persönliche Daten**

Name, Vorname des Interessenten / der Interessentin	Geburtsname
Geburtsdatum, Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Konfession
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>	<input type="checkbox"/> Anschrift wie oben <input type="checkbox"/> Klinik / andere Einrichtung (welche, Anschrift)

**Diagnosen**

--

**Krankenkasse**

Versichertennummer	Versichertenkarte gültig bis
Name und Anschrift der Krankenkasse	
Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden (bitte Kopie der Befreiung bei Einzug vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad besteht (Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja, Grad: <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde beantragt am:	
Schwerbehindertenausweis vorhanden (Ausweiskopie bitte bei Einzug vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja, GdB:         gültig bis:
Schwerbehindertenausweis beantragt	<input type="checkbox"/> ja, am: <input type="checkbox"/> nein

**Hausarzt / Hausärztin**

Name, Vorname

Anschrift der Praxis

**Psychiater / Psychiaterin, Neurologe / Neurologin**

Name, Vorname

Anschrift der Praxis

**Kontakte - Angehörige\*r / andere Vertrauensperson**

Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis bzw.  
Verhältnis zum Interessenten /  
zur Interessentin

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

**Vertretung des Interessenten / der Interessentin** Gerichtlich bestellte Betreuung*(bitte Kopie Betreuungsausweis und Beschluss des Amtsgerichts vor Einzug vorlegen)***Für folgende Bereiche:** Vertretung der gegenüber Behörden,  
Ämtern und Versicherungen Vermögensvorsorge Gesundheitsfürsorge Bestimmung des  
Aufenthalts Bevollmächtigung liegt vor  
*(bitte Kopie der Vollmacht vor Einzug  
vorlegen)*

Name, Vorname rechtliche\*r Betreuer\*in / Bevollmächtigte\*r

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

Fax

**Mögliche / erforderliche Aufnahme in** Gerontopsychiatrischer Bereich Wohngruppe Einzelzimmer Doppelzimmer

**Finanzierung des Aufenthaltes / Kostenträger**

<input type="checkbox"/> Zuständiger Kostenträger für Fachleistung:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler für Fachleistung
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	
<input type="checkbox"/> Vorläufige Kostenzusage liegt vor ( <i>Nachweis bitte beifügen</i> )	
<input type="checkbox"/> Zuständiger Kostenträger für Miete und Verpflegung:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler für Miete und Verpflegung
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	
<input type="checkbox"/> Vorläufige Kostenzusage liegt vor ( <i>Nachweis bitte beifügen</i> )	

**Sonstige aufnahmerelevante Angaben**

--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum Unterschrift Interessent\*in und/oder Betreuer\*in / Bevollmächtigte\*r