

**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*