

DATENBLATT
zur Aufnahme ins
Altenwohnheim Altmünster



ALTENWOHNHEIM ALTMÜNSTER
Harstubenweg 2
4813 ALTMÜNSTER
Tel.: 07612/87591
Fax: 07612/87591-81
sekretariat.altenheim@altmuenster.ooe.gv.at

- Familienname:
- Vorname:
- Geburtsname:
- Geburtsdatum:..... Geburtsort:.....
- Familienstand: seit:
- Staatsangehörigkeit:Rel.:
- erlernter bzw. ausgeübter Beruf:

- Versicherungsträger:
- Versicherungsnummer:
- Rezeptgebührenbefreiung: O JA O NEIN seit:
- Hausarzt:

- Bank:BIC:.....
- IBAN:.....
- Pflegegeld: O JA O NEIN Stufe:

- bisherige Adresse:.....
.....

- **Angehörige:**(BewohnerInnenvertreterIn):.....
Adresse:.....
Tel. Nr.:.....

- **Vertrauensperson:**.....
Adresse:.....
Tel. Nr.:.....

- **Angehörige/r:**.....
Adresse:.....
Tel. Nr.:.....