

**Ansprechpartner für die Seniorenzentren „Wohnen im Alter“  
und „Am Kronacher Teich“ ist die Bewohnerverwaltung in Sonneberg  
Tel.: 03675 8914-683, Fax.: 03675 8914-699**

Seniorenzentrum „Wohnen im Alter“, Friesenstraße 1a, 96515 Sonneberg

Seniorenzentrum „Wohnen im Alter“, Friesenstraße 1a, 96515 Sonneberg,  
Gerontopsychiatrischer Wohnbereich

Seniorenzentrum „Am Kronacher Teich“, Waldstraße 34, 96524 Föritztal, OT Oerlsdorf

**Ansprechpartner für die Seniorenzentren „Hildburghäuser Land“, „Am Thomasberg“  
und „Am Weißen Berg“ ist die Bewohnerverwaltung in Hildburghausen,  
Tel.: 03685 773-713, Fax.: 03685 773-725**

Seniorenzentrum „Hildburghäuser Land“ Schleusinger Str. 27a, 98646 Hildburghausen

Seniorenzentrum „Am Thomasberg“, Thomasberger Weg 19, 98673 Eisfeld

Seniorenzentrum „Am Weißen Berg“, Eisfelder Str. 3, 98553 Schleusingen

**Ansprechpartner für das Seniorenzentrum ist die Bewohnerverwaltung  
Tel.: 09561 2234-051, Fax.: 09561 2234-040**

Seniorenzentrum „Am Eckardtsberg“, Gustav-Hirschfeld-Ring 5-7, 96450 Coburg

**Ansprechpartner für das Seniorenzentrum ist die Bewohnerverwaltung  
Tel.: 09561 825-402 , Fax.: 09561 825-444**

Seniorenzentrum „Bertelsdorfer Höhe“, Am Schießstand 40, 96450 Coburg

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
*Straße* *PLZ* *Ort* *Telefon*

Derzeitiger  
Aufenthalt: \_\_\_\_\_  
*Einrichtung (Krankenhaus, Seniorenzentrum, etc.)* *Straße*

\_\_\_\_\_

*PLZ Ort*

*Telefon*

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

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 Bereuungsvollmacht 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