

Eingangsstempel

Betreuungseinrichtung Sucht Mildenheim  
Schlossstr. 10  
17348 Mildenheim  
Tel. 03963 2571-17 Fax 03963 2571-26  
[betreuungsucht@web.de](mailto:betreuungsucht@web.de)

## Antrag auf Aufnahme in die Betreuungseinrichtung Sucht Mildenheim

Name	Vorname	Geburtsname
Anschrift		Telefon
Geburtsdatum	Geburtsort	Konfession
Familienstand	Pflegestufe	Krankenhase
Hausarzt	Anschrift/Telefonnummer	
Betreuung/Vorsorge	Anschrift/Telefonnummer	
Wirkungskreis	der Betreuung	
Kostenträger	Wenn ja welches Sozialamt	

**Die Aufnahme erfolgt erst nach Klärung der Kostenübernahme!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift  
Betreuer/Bevollmächtigter