

Anmeldebogen zur Aufnahme auf die Warteliste



Anmeldung zur

Dauerpflege

Kurzzeitpflege

Betreutes Pflege-Wohnen

Vor- und Zuname:

Geburtsname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Bei derzeitigem Aufenthalt im Krankenhaus

Krankenhaus:

Station:

Telefon Station:

Behandelnder Arzt:

Sozialämter

Sozialhilfeempfänger:

Ja

Nein

Zuständiges Sozialamt:

Kontaktperson für Vertragsgestaltung, Rechnungen, Erstinformationen, etc.

Vor- und Zuname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

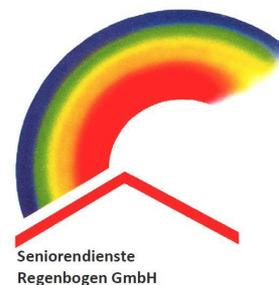
Telefon:

E-Mail:

Rechnung per E-Mail erwünscht?

Ja

Nein



Amtlich bestellter Betreuer/in

Vor- und Zuname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Umfang der Betreuung:

Bitte legen Sie eine Kopie der Betreuer-Urkunde bei.

Hausarzt

Vor- und Zuname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Pflegekasse

Name der Kasse:

Bestehen bereits Leistungen der Pflegekasse:			Ja		Nein
Für Pflegegrad:	1	2	3	4	5

Leistung/ Höherstufung beantragt:

Ja, am	Nein
--------	------

Gewünschtes Zimmer:	Einzelzimmer	Doppelzimmer
---------------------	--------------	--------------

Für betreutes Pflege-Wohnen:			
Wohnung ab 65m ²	Apartment ab 40m ²	Apartment 30 ²	

Gewünschter Einzugstermin:

Sonstige Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers