

# Anmeldebogen zur vollstationären- und Kurzzeitpflege

Sie können dieses Formular am Computer ausfüllen und ausdrucken. Bitte unterschreiben Sie es anschließend eigenhändig.

## vollstationäre Pflege

## Kurzzeitpflege

1. Vor- und Zuname ..... Geburtsname .....
2. Adresse – Straße, PLZ, Ort .....
3. Derzeitiger Aufenthalt .....
4. Beste Erreichbarkeit / Kontaktaufnahme ..... Telefon-Nr. ....
5. Geburtsdatum ..... Geburtsort .....
6. Familienstand                      verh.                      verw.                      ledig                      gesch. ....
7. Konfession .....
8. Angehörige 1. Priorität
  - Name .....
  - Straße, PLZ, Ort .....
  - Verwandtschaftsverhältnis ..... Telefon-Nr. ....
- Angehörige 2. Priorität
  - Name .....
  - Straße, PLZ, Ort .....
  - Verwandtschaftsverhältnis ..... Telefon-Nr. ....
10. Betreuer / -in
  - Name ..... Telefon-Nr. ....
  - Straße, PLZ, Ort .....
11. Hausarzt – Name, Ort .....
12. Facharzt – Name, Ort .....
13. Facharzt – Name, Ort .....
14. Pflegegrad .....
15. Kranken- bzw. Pflegekasse ..... Krankenkassen-Nr. ....
16. Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? .....
17. Einzug ..... Dringlichkeit ..... Wunschdatum .....
 

Einzelzimmer
Doppelzimmer

.....  
Unterschrift Interessentin / Interessent                      (falls nicht Personengleichheit) Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller

Datum ..... Vermerk Mitarbeiter / -in IML .....