



Vermerk unseres Hauses:

Deb.-Nr.: # ab:

UNVERBINDLICHE ANMELDUNG

Vorname:

Zuname:

(ggfs. Geburtsname):

Adresse:

Straße:

PLZ/Ort:

derzeitiger Aufenthalt:

Geburtsdaten:

Datum:

Ort:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Angehörige:

a) Name:

Straße:

PLZ/Ort:

wie verwandt:

Telefon (privat):

Telefon (geschäftlich):

b) Name:

Straße:

PLZ/Ort:

wie verwandt:

Telefon (privat):

Telefon (geschäftlich):

Betreuer:

Name:

(nach Betreuungsrecht)

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon (privat):

Telefon (geschäftlich):

bitte wenden!

Hausarzt zur Zeit: Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

bleibt weiterhin behandelnder Arzt: ja

nein

Krankenkasse: Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Versicherungskarte:

Kassen-Nr.:

Versicherungs-Nr.:

Status:

(gewünschte)

Unterbringung:

Pflegebereich

Wohnbereich

Einzelzimmer mit DU/WC

Einzelzimmer ohne DU/WC

Doppelzimmer mit DU/WC

Kostenübernahme: Selbstzahler

Sozialhilfeempfänger

Pflegekasse

Pflegestufe: I

II

III

nicht erteilt

Aufnahme gewünscht ab:

Sonstiges:

, den

Unterschrift des Antragstellers/Vertreters:

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Bitte füllen Sie alle Punkte mit Druckschrift oder Schreibmaschine aus und senden Sie dieses Formular zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen an uns zurück. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Parkwohnanlage