

PARKWOHNANLAGE
*für Senioren*

Vermerk unseres Hauses:

.....

.....

Zim.Nr.: .....

ab: .....

.....

# UNVERBINDLICHE ANMELDUNG

**Vorname:** ..... **Zuname:** .....

(ggfs. Geburtsname): .....

**Adresse:** Straße: .....

PLZ, Ort: .....

**derzeitiger Aufenthalt:** .....

**Geburtsdaten:** Datum: ..... Ort: .....

**Familienstand:** ..... **Konfession:** ..... **Staatsangehörigkeit:** .....

**Angehörige:**
(Hauptansprechpartner bitte bei „a" eintragen)

a) Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

wie verwandt: ..... Telefon: .....

E-Mail: .....

b) Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

wie verwandt: ..... Telefon: .....

E-Mail: .....

**Betreuer:**
(nach Betreuungsrecht)

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

**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:**

| **Neubau** | **Villa / Mittelbau** |
|---|---|
| ☐ Einzelzimmer | ☐ Einzelzimmer |
| ☐ Doppelzimmer | ☐ Doppelzimmer |

**Kostenübernahme:** ◉ Selbstzahler ○ Sozialhilfeträger ○ Pflegekasse

**Pflegegrad:** ◉ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ noch nicht erteilt

Aufnahme gewünscht ab: .....

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Freunde/Bekannte | ☐ Zeitung | ☐ Internetsuchmaschine |
| ☐ Homepage | ☐ Ortskundig | ☐ sonstiges |

**Sonstiges:** .....

.....

.....

.....

.....

....., den .....

**Unterschrift des Antragstellers/ Vertreters:** .....

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