

Anmeldung zur Aufnahme



Dauerpflege

Kurzzeit-/Verhinderungspflege

von _____ bis _____

Hohlstr. 1 - 76275 Ettlingen
Telefon 07243 33224-200 - Fax -219
niko.roessler@diakonie-ggmbh.de
www.seniorenhaus-spessart.de

- Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß bzw. kreuzen Zutreffendes an.
- Wir versichern, dass Ihre persönlichen Daten geschützt und vertraulich behandelt werden.
- Hinweis: Diese Anmeldung ist unverbindlich und begründet keinen Heimvertrag.

Vorname:	Nachname:	
Geburtsname:	Nationalität:	
geboren am:	geboren in:	
Familienstand:	ggf. seit:	Konfession:
Straße:	Hausnr.:	
PLZ:	Wohnort:	
Telefon:	E-Mail:	

Aufenthalt aktuell:	zu Hause	Verhinderungspflege	Kurzzeitpflege
Pflegeheim	Krankenhaus	Rehabilitation	sonstiges

Name der Einrichtung: _____

dort seit: _____ bis: _____

Ich erhalte bisher Hilfe von:	Partner/in	Angehörigen	sonstiger Person
-------------------------------	------------	-------------	------------------

Name, Vorname: _____

Verhältnis: _____ Tel./E-Mail: _____

Anschrift: _____

Ambulantem Pflegedienst: _____

Anschrift/Tel.: _____

Hausarzt: _____ Tel./E-Mail: _____

Facharzt: _____ Tel./E-Mail: _____

für: _____

Pflegekasse:

Versichertenr.:

Pflegegrad:

seit:

Erstantrag am:

Höherstufung beantragt am:

Zuzahlungsbefreit

Beihilfeberechtigt

Selbstzahler (mind. 6 Monate)

Die Aufnahme ist gewünscht:

dringend

später, in ca. 1-3 Monaten

vorsorglich

Kontaktperson, vertreten:

durch Vollmacht

als gesetzliche/r Betreuer/in:

seit:

Vorname:

Nachname:

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Bemerkungen:

(z. B. weitere Kontaktpersonen)

Ich versichere, dass meine gemachten Angaben richtig sind.

Ort:

Datum:

Unterschrift Antragsteller bzw. Bevollmächtigter: