

# Anmeldung zur Aufnahme



## Dauerpflege

## Kurzzeit-/Verhinderungspflege

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Alte Str. 3 - 75045 Walzbachtal  
Telefon 07203 92179-100 - Fax -111  
frank.huck@diakonie-ggmbh.de  
www.seniorenzentrum-walzbachtal.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: