

Anmeldung zur Aufnahme



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

Dauerpflege

Kurzzeit-/Verhinderungspflege

von _____ bis _____

-
- 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.
-

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

Pflegekasse: _____ Versichertennr.: _____
Pflegegrad: _____ seit: _____
Erstantrag am: _____ Höherstufung beantragt am: _____
Zuzahlungsbefreit Beihilfeberechtigt
Kostenübernahme v. Sozialamt notwendig? Falls ja, ab: _____

Ambulanter Pflegedienst im Einsatz:

Anschrift/Tel.: _____
Hausarzt: _____ Tel./E-Mail: _____
Facharzt: _____ Tel./E-Mail: _____
für: _____

Die Aufnahme ist gewünscht: dringend später, in ca. 3-6 Monaten

Kontaktperson, vertreten: durch Vollmacht als gesetzliche/r Betreuer/in:

seit:

Vorname:

Nachname:

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Bemerkungen:

(z. B. weitere Kontaktpersonen, besteht eine Hinlauff Tendenz?)

Ich versichere, dass meine gemachten Angaben richtig sind.

Ort:

Datum:

Unterschrift Antragsteller bzw. Bevollmächtigter: