

Anmeldung

Wohnen und Pflege im Alter

Seniorenzentrum
„Haus am Losenberg“

Vollstationäre Pflege
Kurzzeitpflege

Alte Str. 3 – 75045 Walzbachtal

Telefon 07203 – 92179-100

Fax 07203 – 92179-111

-
- Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.
 - Hinweis: Diese Anmeldung begründet keinen Heimvertrag.
 - Wir versichern, dass alle Ihre persönlichen Daten vertraulich behandelt werden.
-

Vorname: _____ Nachname: _____

geborene: _____ Familienstand: _____

geboren am : _____ geboren in: _____

Nationalität: _____ Religionszugehörigkeit: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

: _____ Fax: _____

Aufenthalt zur Zeit: Pflegeheim seit: _____ bis: _____

Krankenhaus Rehabilitation Kurzzeitpflege _____

Ich wohne zu Hause Ich besuche eine Tagespflege

Ich benötige keine Hilfe etwas Hilfe Pflege

Ich werde betreut von: Angehörigen Partner/in

einem ambulanten Pflegedienst: _____

Kontaktperson: _____ /Fax: _____

Hausarzt: _____ /Fax: _____

Kranken/Pflegekasse: _____

Pflegegrad: seit: _____ beantragt am: _____

Betreuungsbedarf n. § 43b, SGB XI Höherstufung beantragt: _____

Kostenübernahme v. Sozialamt notwendig? ja, ab _____ nein

Zuzahlungsbefreiung liegt vor? ja, bis _____ nein

Wäscheversorgung im Losenberg ja nein

Mit meiner Anmeldung beauftrage ich:

Vorname: _____ Nachname: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____

☎ privat: _____ ☎ geschäftlich: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

durch Vollmacht als gesetzliche/r Betreuer/in seit: _____

Die Aufnahme ist gewünscht: **dringend** später vorsorglich

in einer Wohngruppe möglichst Einzelzimmer
 im geschützten Bereich möglichst Twinzimmer
 in der Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

Grund: _____

Bemerkungen:

Ich versichere, dass meine gemachten Angaben richtig sind.

Ort _____ Datum: _____

Unterschrift des Antragssteller und/oder seines Bevollmächtigten