

Anmeldung zur Warteliste

vorsorglich  dringend  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zi.-Nr.: \_\_\_\_\_

gewünschte Zimmerart  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Name, Vorname

Geburtsname

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

derzeitiger Aufenthalt, z.B. Krankenhaus (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben)

Telefonnummer

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Krankenkasse/Pflegekasse

Mitgliedsnummer

Pflegegrad  rüstig  1  2  3  4  5 beantragt am  
Heimwechsel  ja  nein

Angehörige a) Name, Vorname

Verwandtschaftsgrad

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon/Mobiltelefon

E-Mail

Angehörige b) Name, Vorname

Verwandtschaftsgrad

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon/Mobiltelefon

E-Mail

Betreuer (nach Betreuungsrecht) Name/Anschrift/Telefon/E-Mail

Vorsorgebevollmächtigter Name/Anschrift/Telefon/E-Mail

Hausarzt Name/Anschrift/Telefon/E-Mail

Finanzierung der Heimkosten (Zur Sicherstellung einer langfristigen Heimkostenfinanzierung ist der Betreiber berechtigt eine Bonitätsprüfung durchzuführen.)

Rentenbescheid  Privatvermögen  Zuständiges Sozialamt, Aktenz.: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers bzw. Betreuers/Bevollmächtigten