

ANMELDUNG

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Geburtsname

Betreuer/Angehörige (Name, Vorname)

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Verwandtschaftsgrad

Weiterleitung der Bewohnerpost

an den Angehörigen

an den Bewohner

Hausarzt

Krankenkasse + Versicherungsnummer

Befreiung

ja

nein

Pflegegrad

0

1

2

3

4

5

Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflege

von:

bis:

Aufnahmetag der Langzeitpflege

Anschrift des Kostenträgers für den Eigenanteil

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift