

Anmeldung

Seniorenhaus Spielberg



Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege **Verhinderungspflege**

von _____ bis _____

Hinter der Kirche 4 - 76307 Karlsbad

Telefon 0 72 02 / 93645 - 0

Fax 0 72 02 / 93645 - 148

Leitung.spielberg@diakonie-ggmbh.de

- 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 / seit: _____

geboren am: _____ geboren in: _____

Nationalität: _____ Religionszugehörigkeit: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

☎: _____ Telefax: _____

Ich wohne daheim Ich besuche eine Tagespflege _____

Ich werde bisher betreut von: Angehörigen _____

einem ambulanten Pflegedienst: _____

Kontaktperson: _____ ☎ / Fax: _____

Aufenthalt derzeit: Pflegeheim _____ seit/bis: _____

Kurzzeitpflege _____ seit/bis: _____

Krankenhaus _____ seit/bis: _____

Rehabilitation _____ seit/bis: _____

sonstiger _____ seit/bis: _____

Hausarzt: _____ ☎ / Fax: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____ KV-Nr. _____

Pflegestufe: seit: _____ beantragt am: _____

Höherstufungsantrag am: _____ Betreuungsbedarf n. § 87b, SGB XI

Kostenübernahme v. Sozialamt notwendig? ja, ab _____ nein

Zuzahlungsbefreiung ja, bis _____ nein

Beihilfeberechtigt ja, zu _____ % nein

Wäscheversorgung im Seniorenhaus ja nein

Bitte auch die Rückseite ausfüllen

Mit meiner Anmeldung beauftrage ich:

Vorname:

Nachname:

PLZ / Wohnort:

Straße:

☎ privat:

☎ geschäftl.:

E-mail:

Verwandtschaftsverhältnis:

Vertretungsberechtigt (bitte Kopie beifügen):

durch Vollmacht

als rechtliche/r Betreuer/in seit:

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

Grund:

Bemerkungen:

Ich versichere, dass meine gemachten Angaben richtig sind.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Antragsstellers und/oder seines Bevollmächtigten