

Seniorenwohnen Elsthal



Anmeldung zur Heimaufnahme

14943 Luckenwalde, Arndtstr. 19

☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege	von: _____ bis: _____	
Vollstationäre Pflege	ab: _____	
Nachname, Vorname ggf. Geburtsname		
Anschrift		
Geburtsdaten	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand	Familienstand:	Konfession:
Hausarzt	Name:	
	Straße/ Postleitzahl/Ort:	
	Telefon:	
1. Angehörige	Name:	Wie verwandt:
	Straße/ Postleitzahl/Ort:	
	Telefon:	
2. Angehörige	Name:	Wie verwandt:
	Straße/ Postleitzahl/Ort:	
	Telefon:	
Betreuer/Vollmacht: (Kopie der Vollmacht bzw. Bestellungsurkunde beilegen)	Name:	
	Straße/ Postleitzahl/Ort:	
	Telefon:	
Pflegekasse:	Name:	
	Straße/ Postleitzahl/Ort:	
	Telefon:	
	Krankenversicherungsnummer:	
Pflegegrad: (Kopie der Kostenzusage beilegen)		
Kostenträger: ☐ Selbstzahler ☐ Sozialamt	Name zuständiges Sozialamt:	
	Straße/ Postleitzahl/Ort:	
	Telefon:	
Hinweise/Ergänzungen		

Im Rahmen dieser Anmeldung bin ich mit der Speicherung meiner o.g. Daten bis auf Widerruf einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____