



**Anmeldung zur Kurzzeitpflege**

<b>Name:</b>		<b>Geburtsname:</b>	
<b>Vorname:</b>		<b>Tel. Nr.</b>	
<b>Anschrift:</b>			
<b>geboren am:</b>		<b>in:</b>	
<b>derzeitiger Aufenthalt:</b>			
<b>Familienstand:</b>		<b>Konfession:</b>	
<b>Staatsangehörigkeit:</b>			

<b>Kranken-/Pflegekasse:</b>		<b>Mitgl.-Nr.:</b>	
<b>Pflegegrad:</b>	<b>bereits eingestuft in Pflegegrad:</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>	
<b>Hausarzt:</b>		<b>Tel.:</b>	

<b>Beim Amtsgericht ist ein Betreuer bestellt:</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b><u>Name, Anschrift, Tel. des Betreuers:</u></b>		
<b>Wirkungskreis der Betreuung:</b>		

**Angehörige / Vertrauenspersonen**

<b>1.</b>	<b>Vorname, Name:</b>		<b>wie verwandt?</b>	
<b><u>Anschrift:</u></b>			<b>Tel. privat:</b>	
			<b>Tel. dienstl.:</b>	
<b>2.</b>	<b>Vorname, Name:</b>		<b>wie verwandt?</b>	
<b><u>Anschrift:</u></b>			<b>Tel. privat:</b>	
			<b>Tel. dienstl.:</b>	

<b>Gewünschter Kurzzeitpflegetermin:</b>	<b>vom:</b>	<b>bis:</b>
<b>Ausschließlich Einzelzimmerwunsch?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Bewerbers oder des ges. Vertreters)