



Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Name:		Geburtsname:	
Vorname:		Tel. Nr.	
Anschrift:			
geboren am:		in:	
derzeitiger Aufenthalt:			
Geimpft gegen COVID-19:	<input type="checkbox"/> Ja, wann: _____		<input type="checkbox"/> nein
Familienstand:		Konfession:	
Staatsangehörigkeit:			

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

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

Angehörige / Vertrauenspersonen

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

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

(Datum)

(Unterschrift des Bewerbers oder des ges. Vertreters)