Quirlsberg
Pflege & Wohnen

Anmeldebogen

☐ **Tagespflege** ☐ **Kurzzeitpflege** ☐ **Langzeitpflege**

Name/ Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/ Nr. _____ PLZ. Ort: _____

Familienstand: _____ Religion: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Tel.: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Derzeitiger Aufenthalt: ☐ Krankenhaus ☐ Rehaklinik ☐ andere Senioreneinrichtung ☐ zu Hause

Name: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

1. Kontaktperson: ☐ **Angehöriger** ☐ **Bevollmächtigter** ☐ **Betreuer** ☐ **Sonstige:** _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____ Straße / PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

2. Kontaktperson: ☐ **Angehöriger** ☐ **Bevollmächtigter** ☐ **Betreuer** ☐ **Sonstige:** _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____ Straße / PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

3. Kontaktperson: ☐ **Angehöriger** ☐ **Bevollmächtigter** ☐ **Betreuer** ☐ **Sonstige:** _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____ Straße / PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Kranken-/ Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: _____ Höherstufung beantragt am: _____ Patientenverfügung vorhanden ☐

Hausarzt: _____ Straße, Nr. _____ PLZ, Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____

Gewünschter Zeitraum zum Aufenthalt in der Kurzzeitpflege: vom _____ bis zum _____

Wird Unterstützung durch Sozialhilfe/Pflegewohngeld benötigt ☐ ja ☐ nein

Wenn ja welches Sozialamt ist zuständig? _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Antragssteller (Betreuer, Bevollmächtigter)