

## ANMELDUNG FÜR DEN PFLEGEBEREICH

vollstationäre Aufnahme     Kurzzeitpflege     dringend     vorsorglich     Aufnahme am \_\_\_\_\_

**Antragsteller**     Frau     Herr

Name, Vorname \_\_\_\_\_    Geburtsname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_    PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Aufenthalt z. Zt. \_\_\_\_\_    Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_    Geburtsort \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_    Konfession \_\_\_\_\_  
Pflegekasse \_\_\_\_\_    Sozialamt     nein     ja  
Pflegegrad \_\_\_\_\_

**Angehörige**     Frau     Herr

Name, Vorname \_\_\_\_\_    Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_    Telefon \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_    Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_    Telefon \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

**Betreuer/in, Bevollmächtigte/r**     Frau     Herr

Name, Vorname \_\_\_\_\_    Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_    Telefon \_\_\_\_\_  
Wirkungskreis     Vermögen     Behörden     Gesundheit     Aufenthalt     sonstiges

**Hausarzt**     Frau     Herr

Name, Vorname \_\_\_\_\_    Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_    Telefon \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_