Diakonie Wolfsburg

Hanns-Lilje-Heim
Martin-Luther-Straße 22
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 501 60
Fax: 05361 501 6212
E-Mail: hanns-lilje-heim@diakonie-wolfsburg.de

Anmeldung ☐ **Vollstationäre Pflege** ☐ **Kurzzeitpflege**
☐ vorsorglich ☐ dringend
Wunschaufnahmetermin:.....

Name: ..... **Vornamen**: .....

Geb.-Name: ..... **Geb.-Datum**: ..... **Pflegegrad**: .....

Hauptwohnsitz: PLZ: ..... Ort: .....

Straße: ..... Telefon: .....

Derzeitiger Aufenthalt: ..... Telefon: .....

Zimmerwunsch: ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

Kontakt für Rückfragen:

Zu- und Vorname:		
Straße:		
Ort:		
Telefon:		
Handy:		

Hausarzt: Name: ..... Straße: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Telefon: .....

Die Erstellung **ärztlicher Unterlagen** wurde veranlasst am: ..... bei: .....

Krankenkasse: .....

Anmerkungen: .....

.....

Zur Aufnahme sind der ärztliche Fragebogen und das ärztliche Attest notwendig.

Wenn Sie einen Pflegeplatz in einer anderen Einrichtung erhalten konnten oder kein Bedarf mehr besteht, bitten wir Sie uns zu informieren. Ansonsten ist es möglich, dass wir Sie weiterhin kontaktieren.

Stand:04/2025