

Emmaus-Heim
Nordsteimker Straße 1
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 501 30
Fax-Nr.: 05361 501 3444
E-Mail: emmausheim@diakonie-wolfsburg.de

Anmeldung **Vollstationäre Pflege** **Kurzzeitpflege**
 vorsorglich dringend
Wunschtaufnahmetermin:

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 die ärztlichen Unterlagen (ärztlicher Fragebogen und ärztliches Attest) notwendig.
Wenn Sie einen Pflegeplatz in einer anderen Einrichtung bekommen haben oder keinen Bedarf mehr haben, bitten wir Sie, uns zu informieren. Ansonsten wäre es möglich, dass wir Sie weiterhin kontaktieren.