Diakonie Wolfsburg

Seniorenzentrum Johannes Paul II
Marignanestraße 12
38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 899 77 0
Fax: 05361 899 77 720
E-Mail: johannes.paul@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 die ärztlichen Unterlagen (ärztlicher Fragebogen und ärztliches Attest) sowie ein Nachweis zum Impfstatus Corona 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:02/2022