

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.