

Senioren- und Krankenpflegezentrum



KRABBES

- mobile Pflege
- betreutes Wohnen
- Pflegeheime

Tel.:(0341) 9214000




Fax:(0341) 928 20 22

Antrag / Anmeldung für Betreutes Wohnen

QM#- Dokument: FB III- 2.2.1./01

1. Name, Vorname (Geburtsname)	
2. Adresse	Straße
	PLZ/ Ort
3. Geburtsdaten	Geburtsdatum
	Geburtsort
4. Familienstand	
5. Pflegestufe	
6. Staatsangehörigkeit	
7. Konfession	
8. Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
9. Angehörige a)	Name, Vorname
	Straße
	PLZ/ Ort
	wie verwandt?
b)	Name, Vorname
	Straße
	PLZ/ Ort
	wie verwandt?
c)	Name, Vorname
	Straße
	PLZ/ Ort
	wie verwandt?

Bitte Wenden

10. Hausarzt		
	Name, Vorname	
	Straße	PLZ/ Ort
Wird Die Behandlung weiter übernommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, mein Arztwunsch		
	Name, Vorname	
	Straße	PLZ/ Ort
11. Krankenkasse		
befreit		
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Straße	PLZ/ Ort
Mitgliedsnummer		
12. Gewünschte Unterbringung:	Ein-Raumwohnung <input type="checkbox"/> Zwei-Raumwohnung <input type="checkbox"/>	Einzugstermin
13. Hinweise, Ergänzungen, Wünsche		
14. Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen o. Beantragt?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welches Sozialamt?		
	Straße	PLZ/ Ort

Ort/ Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit, auch:

Unterschrift des Aufzunehmenden

Vermerke:

(z.B. für Informationen über Terminabsprachen usw.)