

Anmeldung zur Heimaufnahme / Warteliste

Stationäre Pflege ab	
Familiennamen	
Vorname	
Geburtsdatum / Ort	
Geburtsname	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Staatsangehörigkeit	
Konfession	
Größe / Gewicht	

Anfragende Person / Angehörige 1. Kontaktperson

Name	
Vorname	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Handynummer / E-Mailadresse	
Verwandtschaftsgrad / sonstiges	

Anfragende Person / Angehörige 2. Kontaktperson

Name	
Vorname	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Handynummer / E-Mailadresse	
Verwandtschaftsgrad / sonstiges	

Pflegegrad	
Diagnose / Einschränkungen- Pflegebedarf	
Einzelzimmer / Doppelzimmer	
Gewünschter Einzugstermin	
Infektionskrankheiten	
COVID-19-Impfung erfolgt am Erstimpfung / Zweitimpfung	
Finanzierung Heimkosten (Selbstzahler / Sozialhilfe)	
Weglaufftenzenz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hausarzt / Name / Ort / Telefonnummer	

Ort, Datum, Unterschrift:

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte PDF per E-Mail an: kamshof@gmail.com