

## Vormerkung zur Heimaufnahme

Gewünschte Wohnform:
<input type="checkbox"/> Pflegebereich (Doppelzimmer) <input type="checkbox"/> Pflegebereich (Einzelzimmer) <input type="checkbox"/> Wohnbereich Zu welchem Zeitpunkt soll die Aufnahme erfolgen:

Name:		Vorname:	
Geburtsname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Religion:	Familienstand:	Früherer Beruf:	
Anschrift / Telefon:			

Angehörige / Bezugsperson	Angehörige / Bezugsperson
Name:	Name:
Verwandschaftsverhältnis:	Verwandschaftsverhältnis:
Adresse:	Adresse:
e-Mail:	e-Mail:
Telefon:	Telefon:
Erhalten Sie bereits Leistungen von der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	
Pflegestufe	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall	

Wenn Sie wünschen, können Sie einen Termin für eine Haus- und Zimmerbesichtigung vereinbaren:  
 Verwaltung: Tel. 08141/4020 oder Pflegedienstleitung: Tel. 08141/402107.

Bitte geben Sie uns kurz telefonisch oder schriftlich Nachricht, wenn Sie an einer Vormerkung in unserem Heim **nicht** mehr interessiert sind.

Ärztlicher Fragebogen                       liegt bei                       wird nachgereicht

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Interessenten