

NIKOLAUS CUSANUS HAUS

LEBENS GEMEINSCHAFT IM ALTER

Anmeldung zur Aufnahme in den Vollstationären oder Ambulanten Pflegebereich

Name _____ Vorname _____
geborene _____ Geburtsort _____
Geburtsdatum _____ Familienstand _____
Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____

Straße _____
PLZ, Ort _____ Telefon _____

abweichende derzeitige Adresse

Einrichtung _____ Straße _____
PLZ, Ort _____ Telefon _____

Angehörige

1.) Name _____ Straße _____
PLZ, Ort _____ Telefon _____
wie verwandt _____ E-Mail _____

2.) Name _____ Straße _____
PLZ, Ort _____ Telefon _____
wie verwandt _____ E-Mail _____

Betreuer/Bevollmächtigter

Name _____ Straße _____
PLZ, Ort _____ Telefon _____
E-Mail _____

Hausarzt

Name _____ Straße _____
PLZ, Ort _____ Telefon _____

Krankenkasse/Ort _____ Pflegegrad _____

Haben Sie Sozialhilfe beantragt? ja Sozialamt _____
bzw. werden Sie Sozialhilfe beantragen?

gewünschter Aufnahmeterrmin _____

Anmerkungen _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten