Vitalis Wohnpark

Anmeldung zur Heimaufnahme

☐ Langzeitpflege ab: _____ ☐ Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort/Geburtsdatum: _____

Aktuelle Adresse: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Name, Anschrift
der Angehörigen: _____ Tel: _____

_____ _____

2. Angehörige: _____ Tel: _____

_____ _____

3. Angehörige: _____ Tel: _____

_____ _____ _____

Betreuung? ☐ ja ☐ nein Umfang: _____

Name, Anschrift
des Betreuers _____ Tel: _____

Krankenkasse/Pflegekasse: _____ KV-Nr: _____

Pflegestufe: Antrag „Nahtlosen Überleitung“ wurde gestellt am: _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

Die Bezahlung der Heimkosten erfolgt durch: ☐ Eigene Mittel ☐ Beihilfe

☐ Sozialhilfe Antrag gestellt _____

Datum: _____ Unterschrift
HB/Angehöriger/Betreuer: _____