



Anmeldeformular

Teilstationäre Pflege

Tagespflege (10 Plätze)

Kurzzeitpflegeplatz

vom _____ bis _____

baldmöglichst oder **vorsorglich**

Pflegeplatz (mindestens Pflegegrad 2)

- Einzelzimmer (41 Zimmer im Hauptgebäude)
- 1-Zi.-Wohnung (33 Whg. im Nebengebäude)
- 1½-Zi.-Wohnung (6 Whg. im Nebengebäude)
- 2-Zi.-Wohnung (13 Whg. im Nebengebäude)

Wohnstift/Altenheim (höchstens Pflegegrad 1)

- 1-Zi.-Wohnung (33 Whg. im Nebengebäude)
- 1½-Zi.-Wohnung (6 Whg. im Nebengebäude)
- 2-Zi.-Wohnung (13 Whg. im Nebengebäude)

1. PERSÖNLICHE DATEN:

a) Name Vorname Geburtstag

Geburtsname Geburtsort Familienstand

Konfession Wohnort (Straße, Nr.)

(PLZ, Ort, Telefon)

Angehörige u. Bevollmächtigte:

b) Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon

c) Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon

d) Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon

e) Hausarzt (Name, Ort, Tel.)

f) Krankenkasse (Name, Ort, Tel.)

2. PFLEGEGRADINSTUFUNG:

Pflegegrad 1 2 3 4 5 (kein Pflegegrad)

Der Pflegeversicherungsantrag ist gestellt. Mindestens Pflegegrad 2 wird erwartet.

3. FINANZIERUNG:

ist gesichert durch Eigenmittel. ist beantragt beim zuständigen Sozialamt

4. Wer soll das Angebot erhalten?

Datum Unterschrift Antragsteller