



Marko Ziller

Hugo-Junkers-Ring 4 · 01109 Dresden
 Telefon 0351 – 48 20 0 · Fax 0351 – 8 89 24 14
 E-mail: info@seniorenwohnsitz-ziller.de
 www.seniorenwohnsitz-ziller.de

Anmeldung zur Kurzzeitpflege im Seniorenwohnsitz

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|-------------------------------|
| Vor- und Zuname | <input type="text"/> | | geborene | <input type="text"/> |
| Adresse | Straße/Plz/Ort | | Telefon | |
| Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse) | Straße/Plz/Ort | | Telefon | |
| Geburtsdatum/-ort | Datum | Ort | | <input type="text"/> |
| Familienstand | <input type="text"/> | | Konfession | Staatsangehörigkeit |
| Angehörige | a) | Name | <input type="text"/> | |
| | | Straße/ Plz/ Ort | <input type="text"/> | |
| | | wie verwandt | Telefon | <input type="text"/> |
| | b) | Name | <input type="text"/> | |
| | | Straße/ Plz/ Ort | <input type="text"/> | |
| | | wie verwandt | Telefon | <input type="text"/> |
| | c) | Name | <input type="text"/> | |
| | | Straße/ Plz/ Ort | <input type="text"/> | |
| | | wie verwandt | Telefon | <input type="text"/> |
| Betreuer oder Vollmacht | Name | | <input type="text"/> | |
| | Straße/ Plz/ Ort | | Telefon | |
| Hausarzt | Name | | <input type="text"/> | |
| | Straße/ Plz/ Ort | | Telefon | |
| Krankenkasse | <input type="text"/> | | Pflegegrad | <input type="text"/> |
| Gewünschte Unterbringung | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | Termin des Aufenthaltes | |
| Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen | <input type="text"/> | | | |
| Kostenträger | Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers | | Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |