



|   |  |   |
|---|--|---|
|  | Kreis-Seniorenwohnheim Am Anger<br>Am Anger 13, 86825 Bad Wörishofen<br>Tel (08247) 96 353 - 0 Fax (08247) 59 28 |  |
|---|--|---|

### Anmeldung zur Warteliste

vorsorglich     dringend  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zi.-Nr: \_\_\_\_\_

|  |                            |   |                            |
|--|----------------------------|---|----------------------------|
| <b>Familienname, Vorname</b>   |                            | <b>Geburtsname</b>  |                            |
| <b>Adresse (Straße/PLZ/Ort)</b>  |                            | <b>Telefon</b>  |                            |
| <b>derzeitiger Aufenthalt, z.B. Krankenhaus (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben)</b>   |                            |   |                            |
| <b>Geburtsdatum</b>  |                            | <b>Geburtsort</b>   |                            |
| <b>Familienstand</b>   |                            | <b>Konfession</b>   | <b>Staatsangehörigkeit</b> |
| Krankenkasse /Pflegekasse:<br>Mitgliedsnummer: _____   |                            | <b>Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> rüstig <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5<br><input type="checkbox"/> beantragt am _____<br><b>Heimwechsel</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                            |
| <b>Angehörige a)</b>   | <b>Name, Vorname</b>       |   |                            |
|  | <b>Verwandtschaftsgrad</b> |   |                            |
|  | <b>Straße/PLZ/Ort</b>      |   |                            |
|  | <b>Telefon</b>             |   |                            |
| <b>E-Mail</b>  |                            |   |                            |
| <b>Angehörige b)</b>   | <b>Name, Vorname</b>       |   |                            |
|  | <b>Verwandtschaftsgrad</b> |   |                            |
|  | <b>Straße/PLZ/Ort</b>      |   |                            |
|  | <b>Telefon</b>             |   |                            |
| <b>E-Mail</b>  |                            |   |                            |
| <b>Betreuer (nach Betreuungsrecht):</b>  |                            |   |                            |
| Name/Anschrift/Telefon/E-Mail  |                            |   |                            |
| <b>Vorsorgebevollmächtigter</b>  |                            |   |                            |
| Name/Anschrift/Telefon/E-Mail  |                            |   |                            |
| <b>Hausarzt</b>  |                            |   |                            |
| Name/Anschrift/Telefon/E-Mail  |                            |   |                            |
| <b>Finanzierung der Heimkosten</b><br>(Zur Sicherstellung einer langfristigen Heimkostenfinanzierung ist der Betreiber berechtigt eine Bonitätsprüfung durchzuführen.) |                            | <input type="checkbox"/> Rentenbescheid <input type="checkbox"/> Privatvermögen<br><input type="checkbox"/> Zuständiges Sozialamt              Aktenzeichen: _____<br><input type="checkbox"/> Sonstiges _____  |                            |
| <b>Gewünschtes Zimmer</b>  |                            | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer   |                            |

Ort; Datum & Unterschrift des Antragsstellers bzw. Betreuers / Bevollmächtigten