

# Anmeldung zur Aufnahme



St. Gervais Ring 4 - 76337 Waldbronn  
Telefon 07243 34561-0 - Fax -699  
seniorenhaus.waldbronn@diakonie-ggmbh.de  
www.seniorenhaus-waldbronn.de

**Dauerpflege**

**Kurzzeit-/Verhinderungspflege**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- 
- Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß bzw. kreuzen Zutreffendes an.
  - Wir versichern, dass Ihre persönlichen Daten geschützt und vertraulich behandelt werden.
  - Hinweis: Diese Anmeldung ist unverbindlich und begründet keinen Heimvertrag.
- 

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ geboren in: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ ggf. seit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

---

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertenr.: \_\_\_\_\_  
Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
Erstantrag am: \_\_\_\_\_ Höherstufung beantragt am: \_\_\_\_\_  
Zuzahlungsbefreit      Beihilfeberechtigt  
Kostenübernahme v. Sozialamt notwendig? Falls ja, ab: \_\_\_\_\_

---

Ambulanter Pflegedienst im Einsatz:

Anschrift/Tel.: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel./E-Mail: \_\_\_\_\_  
Facharzt: \_\_\_\_\_ Tel./E-Mail: \_\_\_\_\_  
für: \_\_\_\_\_

---

Die Aufnahme ist gewünscht:      dringend      später, in ca. 3-6 Monaten

---

Kontaktperson, vertreten:            durch Vollmacht            als gesetzliche/r Betreuer/in:

seit:

Vorname:

Nachname:

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

---

**Bemerkungen:**

(z. B. weitere Kontaktpersonen, besteht eine Hinlauff Tendenz?)

---

Ich versichere, dass meine gemachten Angaben richtig sind.

Ort:

Datum:

Unterschrift Antragsteller bzw. Bevollmächtigter: