



ALTENHEIM  
FRIEDRICHSBURG

Tel.: 0251 52002-0

Fax.: 0251 52002-179

info@altenheim-friedrichsburg.de

## Anmeldung zur Kurzzeitpflege / Heimaufnahme

Altenheim Friedrichsburg, Offenbergstr. 19, 48151 Münster

Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

<b>Hausarzt:</b>  Hinweis: Bei Einzug werden Bescheinigungen vom Hausarzt angefordert.	Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail: _____
<b>Krankenkasse:</b> _____	
<b>Vers-Nr.:</b> _____	
<b>Bisher keine Einstufung</b> <input type="checkbox"/> <b>Antragstellung läuft</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Pflegegrad</b> _____ <b>seit:</b> _____	
<b>Alltagskompetenz eingeschränkt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Wurde bereits Kurzzeitpflege im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen:</b>	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja <b>wieviele Tage</b> _____ <b>wo</b> _____	

Nr.	<b>Ansprechpartner:</b>	
1.	Ehepartner <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> <b>Vollmacht vorh.</b> <input type="checkbox"/>	Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail : _____
2.	Ehepartner <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> <b>Vollmacht vorh.</b> <input type="checkbox"/>	Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail : _____
3.	Gesetz. Betreuung	Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail : _____

**Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, besondere Wünsche, Sonstiges:**

---



---



---



---

**Unterschriften**

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift der angemeldeten Person

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Angehörigen/ oder Betreuers