



Adlerstrasse 74
25462 Rellingen
E-Mail: info@seniorenresidenz-rellingen.de

Tel.: 04101 / 38 540
Fax: 04101 / 35 793

Anmeldung zur :

Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

Dauerpflege

Gewünschter Aufnahmetermin : _____

Herr Frau

Nachname : _____

Ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Geb. Ort: _____

Aktuelle Adresse :
Straße ,Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Familienstand: verheiratet verwitwet geschieden ledig

Konfession : evangelisch katholisch ohne sonstige : _____

Staatsangehörigkeit : _____ Beruf: _____

Krankenkasse / Vers. Nr.: _____

Pflegestufe: keine 1 2 3 beantragt

Zuzahlungsbefreiung : ja nein

Hausarzt:
Name / Adresse : _____

Ärztliches Attest: „Frei von ansteckenden Krankheiten“



Adlerstrasse 74
25462 Rellingen
E-Mail: info@seniorenresidenz-rellingen.de

Tel.: 04101 / 38 540
Fax: 04101 / 35 793

Hauptdiagnosen:

orientiert nicht orientiert

Bestehen gerichtliche Betreuungen:

Nein Ja

Gesundheitsfürsorge Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung
Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden

Name des Betreuers: _____

Anschrift/ Tel.: _____

Angehörige:

Name / Vorname / Tel : _____

Anschrift: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Angehörige:

Name / Vorname / Tel : _____

Anschrift: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Vorsorgevollmacht Name: _____

Generalvollmacht

Patientenverfügung

Hinweis: Bei Kurzzeitpflege bitte Inkontinenzmaterial mitbringen.

Besondere Wünsche / Vereinbarungen :

Datum, Unterschrift:
