

| **AWO Seniorenzentrum Weidenberg**

| Nikolaus-Nüssel-Str. 9

| 95466 Weidenberg

| tel: 09278 9730

| fax: 09278 973 111

| email: awo.seniorenzentrum.weidenberg@awo-ofr-mfr.de

| website: www.awo-seniorenzentrum-weidenberg.de



## Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Vor- u. Zuname:	ggf. Geburtsname:
-----------------	-------------------

Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
---------------	-------------	----------------------

Familienstand:	Konfession:	Krankenkasse:
----------------	-------------	---------------

Wohnanschrift:	Strasse, Hausnr.	PLZ, Ort	Tel.
derz. Aufenthaltsort:			

<b>Gewünschter Aufnahmezeitraum:</b>	Von:.	Bis.
--------------------------------------	-------	------

<b>Angehörige; Ansprechpartner:</b>	Name	ggf.wie verwandt
	Strasse, Hausnr.	PLZ, Ort
	Tel. privat	Tel. (dienstl.)
	Name	ggf wie verwandt
	Strasse, Hausnr.	PLZ, Ort
	Tel. privat	Tel. (dienstl.)

Ggf gesetzl. Betreuer	
Ggf. Vorsorgevollmacht/ Patiententestament vorhanden:	

<b>Im Notfall ist erreichbar:</b>	Name	ggf. wie verwandt
	Strasse, Hausnr.	PLZ, Ort
	Tel. privat	Tel. (dienstl.)

<b>Hausarzt:</b>	Name	Adresse	Tel.
<b>Ggf. gewünschter Arzt während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes</b>	Name	Adresse	Tel.

ggf. Zuordnung nach dem Pflegeversicherungsgesetz:	Wenn ja, bitte Stufe angeben:	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4	Wenn nein:	<input type="checkbox"/> Ist beantragt	<input type="checkbox"/> wird beantragt
		<input type="checkbox"/> Grad 5					

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------