

>Altenheim St. Johannes<

gem. GmbH
Lülfstr. 17, 45665 Recklinghausen
Tel.: 02361 9884-0
Fax: 02361 9884-22
E-Mail: info@altenheim-st-johannes.de



Eingangsstempel

- ☐ Anmeldung zur Kurzzeitpflege vom _____ bis zum _____
☐ Anmeldung zur vollstationären Pflege / Dauerpflege ab _____

☐ Herr / ☐ Frau

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Fam.-Stand: _____

Pflege-/
Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Pflegegrad: _____ seit (Datum): _____ Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja ☐ nein

Beihilfe: ☐ ja ☐ nein Träger: _____

Hausarzt: _____ Telefon-Nr.: _____

Anschrift: _____ Fax-Nr.: _____

Angehörige 1 ☐ Herr / ☐ Frau wie verwandt: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Angehörige 2 ☐ Herr / ☐ Frau wie verwandt: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

☐ **Betreuer (nach Betreuungsrecht, Amtsgericht)**

☐ **Vollmacht**

☐ Herr / ☐ Frau Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers /
der vertretungsberechtigten Person