

Anmeldung zur Aufnahme in einer stationären Wohnform

Pflegezentrum Löbnitz
 Lindenstraße 13 • 39443 Staßfurt Langzeitpflege
 Tel. 03925 / 37803 • Fax: 03925 / 378051 Kurzzeitpflege
 eohme@paritaet-lsa.de

**Gewünschter Aufnahmezeitraum:****Persönliche Angaben**

Nachname	Vorname(n) – Bitte Rufnamen unterstreichen –
Geburtsdatum	Anschrift
Geburtsname	

Derzeitiger Aufenthalt Häuslichkeit Krankenhaus Sonstige Unterbringung _____

Kontaktpersonen

1. Person Name / Anschrift / Verwandtschaftsverhältnis	2. Person Name / Anschrift / Verwandtschaftsverhältnis
Telefon / Handy	Telefon / Handy

Betreuer **Vorsorgevollmacht** **Patientenverfügung**

Name / Anschrift Bevollmächtigter / Betreuer	Inhalte <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Wohnangelegenheiten
Telefon / Handy	

Behandelnder Arzt

Name / Anschrift / Telefon / Fax

Krankenkasse

Name / Anschrift

Versichertennummer: _____ Chipkarte vorhanden

Pflegegrad

Keine Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Zimmerausstattung

Einzelzimmer Doppelzimmer Mitnahme eigener Möbelstücke

Weitere wichtige Informationen

_____ Datum, Unterschrift Antragsteller