

Anmeldung zur Aufnahme in einer stationären Wohnform**Senioren-Zentrum "Haus Spiegelsberge"**Werner-Seelenbinder-Str. 22 • 38820 Halberstadt LangzeitpflegeTel. 03941 / 583973 • Fax: 03941 / 6789652 Kurzzeitpflege

lkruse@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