

ANMELDUNG

VORMERKUNG

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SVNr.: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Aufenthalt derzeit: \_\_\_\_\_

Pflege Infos \_\_\_\_\_

Demenz  ja  nein

Verwaltung Infos \_\_\_\_\_

Pflegestufe: 1 2 3 4 5 6 7

Erhöhung angesucht am \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Langzeitpflege Einzug: \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege von-bis: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_  EZ  DZ

**Kontaktperson:**

Vertrauensperson  Angehörige  gesetzl. EV

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

**Aufnahme am** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum