Stiftung
Alten- und Pflegeheim
Wespach

Anmeldung zur Heimaufnahme / Aufnahme auf die Warteliste

Vor- und Zuname: Geburtsname:

Adresse: Straße Telefon:

PLZ/Ort: Wunschtermin zur Heimaufnahme:

Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse) Straße/PLZ/Ort: Telefon:

Geburtsdatum: Geburtsort: Konfession:

Familienstand: Staatsangehörigkeit:

Angehörige: Name: Telefon:

Straße/PLZ/Ort: Email:

wie verwandt:

Name: Telefon:

Straße/PLZ/Ort: Email:

wie verwandt:

---

gesetzlicher Betreuer (nach Betreuungsrecht) Name: Telefon:

Straße/PLZ/Ort: Email:

Hausarzt Name: Telefon:

Straße/PLZ/Ort:

Krankenkasse: Pflegegrad:

Pflegesachverhalt, kurze Erläuterungen (Diagnose, Vorerkrankungen, Mobilität …)

Kostenträger Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja ☐ nein☐
Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

Ort, Datum: Unterschrift des Antragstellers / Angehörigen

Alten- und Pflegeheim Wespach
Wespach 1, 88682 Salem Tel. 07553 / 918599 – 0