

Dies ist eine Interessentenanfrage für potenzielle Bewohner*innen. Bitte füllen Sie beide Seiten vollständig online oder händisch aus und schicken uns beide Seiten per Mail oder per Post.

Angaben zum Interessenten

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Pflegegrad: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Angaben zur Kontaktperson/Angehörigen

Name und Vorname: _____

Telefon/Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Einzugsinformationen

Gewünschter Einzugstermin: _____

☐ Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege ☐ Stationäre Pflege

Überleitungsbogen vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Bevollmächtigte/ges. Betreuung: ☐ Ja ☐ Nein

Pflegerelevante Diagnosen:

Behandelnde Ärzte

Arzt / Facharzt

Kontaktdaten

☐ Aufnahme möglich zum: _____ WB: _____

☐ Aufnahme nicht möglich weil: _____

Bemerkungen:

Ort/Datum:

Unterschrift: