wohlfahrtseinrichtungen hansestadt stralsund

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die

☐ stationäre Aufnahme mit Wirkung vom _____

☐ Aufnahme für Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege

☐ Aufnahme für hospizliche Tagespflege

in der Zeit vom _____ bis _____

☐ Pflegeeinrichtung „Am Grünhain“
☐ Pflegeeinrichtung „Am Mühlgraben“
☐ Pflegeeinrichtung „Am Stadtwald“
☐ „Pflegehotel Stralsund“
☐ Pflegeeinrichtung „Rosa Luxemburg“
☐ Pflegeeinrichtung „Seniorenhaus Brunnenaue“
☐ Hospiz „Gezeiten“

☐ Einzelzimmer ☐ Zweibettzimmer

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: (PLZ) _____ (Ort) _____ Telefon: _____

(Straße, Hausnummer) _____

derzeitiger Aufenthaltsort: _____

(PLZ) _____ (Ort) _____

(Straße, Hausnummer) _____

Bei Krankenhausaufenthalt – Station: _____

– Entlassungstermin: _____

Krankenkasse/Pflegekasse: _____

Versichertennummer bei der Krankenkasse.: _____

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon) _____

_____

Pflegedienst (Name, Anschrift, Telefon) _____

_____

Pflegegrad: _____ höherer Pflegegrad beantragt ☐ ja ☐ nein

Bitte folgende Kontaktperson(en) benachrichtigen:

(Bitte geben Sie Namen, Verwandtschaftsgrad, Anschrift und Telefonnummer an! Optional E-Mail-Adresse)

_____

_____

_____

Bevollmächtigter/ Bevollmächtigte: _____

(Name, Anschrift, Telefon)

Betreuer/Betreuerin: _____

oder Betreuung beantragt: (Name, Anschrift, Telefon)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers