

AUFNAHMEANTRAG

Stiftsheim Kassel

Eingangsstempel

Ahrensbergstraße 21/23

34131 Kassel

Telefon: 0561-9329-0

FAX: 0561-9329-110

Mail: verwaltung@kassel-gesundbrunnen.org

Allgemeines:

Einzug gewünscht in:

vollstationäre Pflege ♦ Kurzzeitpflege ♦ Tagespflege

Doppelzimmer ♦ Einzelzimmer / Einzelappartement

Vorsorgliche Anmeldung ♦ Dringende Aufnahme gewünscht

Grund: _____

Aufnahme gewünscht ab: _____

Gewünschter Termin für Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege: von _____ bis: _____

Persönliche Informationen:

Name _____

Ehemaliger Beruf _____

Geburtsname _____

Familienstand _____

Vorname _____

Ehegatte: _____
Name und Geb. Datum (Auch wenn verstorben)

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Geburtsort _____

Kinder _____
Zahl, Namen

Aktuelle Anschrift _____

Telefon _____

Konfession _____

Zuständige _____

Kirchengemeinde _____

Staatsangehörigkeit _____

Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad _____ seit _____

Wir bitten um eine Kopie des Bescheides!

Kranken- / Pflegekasse (Anschrift und Tel.) _____

Hausarzt: (Anschrift und Tel.) _____

Die nächsten Angehörigen / der amtlich bestellte Betreuer:

