

Seniorenzentrum St. Anna  
Bettendorfer Str. 30  
52477 Alsdorf-Hoengen

Eingang der Anmeldung:  
durch:



Tel.: 02404-9877- 0  
Sozialdienst: 9877- 428  
Fax: 9877- 510  
Ansprechpartnerin: Elisabeth Hogen  
Anke Achilles

Termin der Kurzzeitpflege:

## Anmeldung zur Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen abgeben)

Name:.....Geburtsname:.....

Vorname:.....Geburtsdatum:.....Geburtsort:.....

Adresse:.....Tel. Nr.:.....

Familienstand:.....Konfession:.....Staatsangehörigkeit:.....

Angehörige/Bezugspersonen (mit Adresse und Tel. Nr.)

a).....

Tel. Nr.:..... wie verwandt:.....

b).....

Tel. Nr.:..... wie verwandt:.....

c).....

Tel. Nr.:..... wie verwandt:.....

Gesetzl. Betreuer (mit Adresse und Tel. Nr.).....

Wirkungskreis:.....

Hausarzt:.....Tel. Nr.:.....

Krankenkasse:.....

Kostenträger:.....

Arzneimittelbefreiung: ja nein

Hat eine Einstufung durch den MDK stattgefunden: ja nein

Pflegestufe: 1 2 3

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

wenn nicht Personengleichheit,  
Unterschrift des Aufzunehmenden

### Reservierungsbestätigung

Termin der Kurzzeitpflege:..... Wohnbereich:..... Zi. Nr.:.....

Pflegestufe:.....

Anzahlung erhalten

Alsdorf, .....

Unterschrift Sozialdienst

