

Seniorenzentrum St. Anna

Bettendorfer Straße 30
52477 Alsdorf-Hoengen

Ihre Ansprechpartnerinnen im Sozialdienst:

Anke Achilles 02404/98 77-428
Ursula Troiber 02404/98 77-483
Verena Comanns 02404/98 77-464



Telefon (Zentrale) 02404/98 77-0

Fax 02404/98 77-510

www.sz-st-anna.de

sd@sz-st-anna.de

Anmeldung zur

<input type="checkbox"/> Vollstationären Pflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (vom _____ - _____)	
--	---	--

Wohnbereich:	
Name:	Vorname:
Ggf. Geburtsname:	Geburtsort:
Geburtsdatum:	Namenstag:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Familienstand:	Ggf. Name des verstorbenen Ehepartners:
<input type="checkbox"/>	
Telefon:	
Derzeitiger Aufenthalt:	

Angehörige/Bezugspersonen

Name:	wie verwandt:
Adresse:	
Telefon/Handy:	
E-Mail::	

Angehörige/Bezugspersonen

Name:	wie verwandt:
Adresse:	
Telefon/Handy:	
E-Mail:	

Gesetzlicher Betreuer (gerichtlich bestellt)

Name:	Telefon/Handy:
Adresse:	
Aufgabenkreis:	

Vollmachten/Verfügungen

<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung
--	---	--

Hausarzt

Name:	
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:

Kranken-/Pflegeversicherung

Krankenkasse (Name/Adresse):					
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Entlastungsleistungen 125,00 € (§ 45b SGB XI)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller