

ALTENPFLEGEHEIM MÜLLROSE  
 AM ZEISIGBERG 6  
 15299 MÜLLROSE



TEL.: 033606 8850 / PFLEGEDIENSTLEITG. (FRAU NEUMANN)  
 FAX : 033606 88520

## Anmeldung zur Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Vor- u. Zuname			
Adresse	Straße/Plz/Ort		Telefon
derzeitiger Aufenthalt	Straße/Plz/Ort		Telefon
Geburtsdatum/-ort	Datum	Ort	
Familienstand		Konfession	Staats- angehörigkeit
Angehörige	Name		
	Straße/Plz/Ort		
	wie verwandt		Telefon
Zimmer			
Hausarzt	Name		Telefon
	Straße/Plz/Ort		
Zeitraum	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
	<p>Der angegebene Zeitraum der Unterbringung wird als verbindlich erklärt. Bei Nichteinhaltung werden die Kosten die der Einrichtung durch die Nichtbelegung entstanden sind, abzüglich des Sachkostenanteiles Verpflegung von mir übernommen.</p>		
Ergänzungen	Krankenversicherungsnummer		
Bemerkungen	Krankenkasse		
Besonderheiten	Pflegestufe		
Ort			
	Datum		
	Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift Pflegedienstleitung