

Anmeldung SLP

Schwanenstraße 135
42697 Solingen
Telefon (0212) 7051-3011
Telefax (0212) 7051-3010

Vollstationäre Dauerpflege schnellstmöglich vorsorglicher Antrag

Heimplatzwechsel _____ Datum der Aufnahme vorherige Einrichtung _____

Vertragsbeginn: _____ Wohnbereich: _____ Zimmer: _____

Persönliche Daten

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

aus anderer Einrichtung (Adresse): _____

Konfession: _____ konfessionslos

Staatsangehörigkeit: _____ Migrationshintergrund ja nein

Krankenkasse: _____ Vers-Nr.: _____

Privat Kranken-/Pflegeversichert: ja nein

Pflegegrad: _____ Höhergruppierung beantragt: ja, am _____ nein

Vollstationäre Pflege bewilligt beantragt

Derzeitiger Hausarzt: _____

Angehörige/Bezugsperson/Betreuer

1) Verwandtschaftsgrad: _____ Vollmacht Patientenverfügung Betreuer

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

2) Verwandtschaftsgrad: _____ Vollmacht Patientenverfügung Betreuer

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

3) Verwandtschaftsgrad: _____ Vollmacht Patientenverfügung Betreuer

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Rechnungsanschrift: _____

Datum

Unterschrift Antragsteller/Vertreter