

Evangelische Stadtmission Freiburg e.V.
Seniorenpflegeheim Haus Siloah
Wichernweg 2
79189 Bad Krozingen
Tel: 07633/1006-0 Fax: 07633/100622

- nicht vom Antragsteller auszufüllen -

Aufnahme: _____
Wohnbereich: _____
Zimmernummer: _____

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden/abgeben)

1. Name	Vor- und Zuname	Geburtsname	
2. Adresse	Straße / PLZ / Ort		Telefon
3. Derzeitiger Aufenthalt			
4. Persönliche Daten	Geburtsdatum	Geburtsort / Land	
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
5. Angehörige Erster Ansprechpartner:	Name / Vorname		Verwandtschaftsverhältnis
	Straße / PLZ / Ort		
	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
Weitere/r Ansprechpartner:	Name / Vorname		Verwandtschaftsverhältnis
	Straße / PLZ / Ort		
	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
6. Betreuer (nach Betreuungsrecht) Bitte Kopie der Urkunde beifügen	Name / Vorname		
	Straße / PLZ / Ort		
	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
7. Hausarzt	Name		
	Straße / PLZ / Ort		Telefon
8. Krankenkasse	Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9. Pflegegrad (seit 01.01.2017)	beantragt am:		
10. Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		Termin zur Aufnahme:
	Sind freiheitsentziehende / freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden

Ort / Datum		
-------------	--	--