

Pflegeplatzanfrage für das Oberin von Lindeiner Haus

Anfrage durch

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Anfrage für: ☐ mich selbst ☐ eine*n Angehörige*n ☐ eine*n Betreute*n

Datum: _____

Daten zur*zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

derzeitiger Aufenthalt: ☐ Häuslichkeit ☐ Krankenhaus ☐ Pflegeeinrichtung seit _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Hausarzt/Hausärztin: _____

Fachärzte: _____

derzeitiger Pflegegrad: ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Betreuung/Vollmacht: ☐ ja ☐ nein Name, Vorname: _____

Einzugswunsch: ☐ sofort ☐ zum _____ ☐ noch unkonkret

Gesundheitliche Besonderheiten, Anmerkungen:

Wünsche:

