BARMHERZIGE BRÜDER

ALTEN- UND PLEGEHEIM ST. RAPHAEL
HOSPITALORDEN VOM HL.JOHANNES VON GOTT

Forellenweg 3
61462 Königstein/Taunus

Telefon: 06174 / 92690
Telefax: 06174 / 926926
E-Mail: verwaltung@barmherzige-koenigstein.de

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

(*Bitte zusammen mit dem Arztfragebogen einsenden.)*

1. Name: ..... **Vornamen:** .....

2. Geburtstag: ..... **Geburtsname:** .....

Geburtsort / Kreis / Land .....

3. Adresse: .....

Telefon: ..... **Fax:** .....

4. Derzeitiger Aufenthalt: .....
(Krankenhaus/ Kurzzeitpflege o.ä.) .....

5. Familienstand: ..... **6. Nationalität:** ..... **7. Konfession:** .....

8. Angehörige:

1. Name: .....

Anschrift:
.....
wie verwandt: **Telefon privat:** **Telefon dienstlich:** **E-Mail:**
...../...../...../.....

2. Name:
.....

Anschrift:
.....
wie verwandt: **Telefon privat:** **Telefon dienstlich:** **E-Mail:**

...../...../...../.....

Für weitere Anschriften bitte die Rückseite verwenden !

9. Betreuung oder Vollmacht: **Name:** .....

Anschrift: .....
Telefon privat: **Telefon dienstlich:** **Fax:** **E-Mail:**

...../...../...../.....

Umfang der Betreuung oder Vollmacht: .....

10. Hausarzt:
Name, Anschrift und Telefon: .....
.....

11. Kranken- und Pflegekasse: .....
(Name, Anschrift, Pflegestufe und Versicherungsnr.)
.....

12. Kostenträger: **Selbstzahler** ..... **öffentlicher Kostenträger** .....

13. Unterbringung: **Einzelzimmer** ..... **Doppelzimmer** ..... **Aufnahmetermin:** .....

x x x

Ort / Datum **Unterschrift des Aufzunehmenden** **und** **des Antragstellers**