

Anmeldung zum Einzug

Gewünschte Aufnahme

Zeitpunkt: Schnellstmögliche Aufnahme
 Vorsorglich

Wunschtermin für
 Beratungsgespräch:

Akazienstraße 1b
52353 Düren
Telefon: 02421 805 8000
Telefax: 02421 805 8025
Mail: szd.birkesdorf@jg-gruppe.de

Name / Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Pflege- / Krankenkasse

Kostenregelung Selbstzahler

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Hausarzt (Adresse / Telefon)

Derzeitiger Aufenthaltsort

Vers.-Nr.

Pflegegrad

teilw. Kostenübernahme d. Sozialhilfeträger
 Konfession

Meine Angehörigen/ Ansprechpartner sind:

Priorität 1:

Verwandtschaftsverhältnis

Name / Vorname

Straße / Haus-Nr.

Postleitzahl / Wohnort

Telefon / Mail

Priorität 2:

Verwandtschaftsverhältnis

Name / Vorname

Straße/ Haus-Nr.

Postleitzahl/ Wohnort

Telefon/ Mail

Liegt eine gesetzliche Betreuung (Gericht) vor? **Ja** **Nein**

Wenn ja, Kontaktdaten:

Liegt eine Vollmacht/ Vorsorgevollmacht vor? **Ja** **Nein**

Wenn ja, Kontaktdaten:

Datum

Hinweise/ Ergänzungen / Notizen

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Angaben.

Datum des Antrags

Name des Antragsstellenden