



Paul Gerhardt Pforzheim

Verein für Pflege und Betreuung
Paul Gerhardt e.V.
Frankstr. 83
75172 Pforzheim
Telefon 07231 49 04-0
Telefax 07231 49 04-540
www.seniorenzentrum-pg.de
info@verein-pg.de

Vormerkantrag

Aufnahmebogen

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen | Einzug geplant ab: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> ambulant Betreutes Wohnen | von _____ bis _____ |
| | <input type="checkbox"/> ServiceWohnen | |

Nachname	Vorname	Geburtsname
----------	---------	-------------

Straße	PLZ/Ort	Telefon
--------	---------	---------

Familienstand	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	--------------	------------

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> verwitwet |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

Religionszugehörigkeit	Staatsangehörigkeit	Beruf
------------------------	---------------------	-------

Angehörige / Kontaktpersonen

a) Nachname	Vorname	wie verwandt
-------------	---------	--------------

Straße	PLZ/Ort	Telefon
--------	---------	---------

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> General-/ Vorsorgevollmacht |
| <input type="checkbox"/> Betreuung |
| <input type="checkbox"/> beantragt |

Email	mobil
-------	-------

b) Nachname	Vorname	wie verwandt
-------------	---------	--------------

Straße	PLZ/Ort	Telefon
--------	---------	---------

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> General-/ Vorsorgevollmacht |
| <input type="checkbox"/> Betreuung |
| <input type="checkbox"/> beantragt |

Email	mobil
-------	-------

gewünschte Wohnform

- Einzelzimmer Doppelzimmer Wohnung 1-Zimmer
 2-Zimmer

Krankenkasse

Name

Versicherungsnummer

Pflegeversicherung

- Pflegeeinstufung ist beantragt ja nein Pflegegrad **1** **2** **3** **4** **5**
Seit

Kostenträger

- Selbstzahler Sozialamt Sonstige

Name: _____

Hausarzt

Name

Ort

Telefon

Fax

Derzeitiger Aufenthaltsort

Krankenhaus

Reha

von zu Hause

Sonstige

Anschrift Vorderseite

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

Werbeanzeige

Telefonbuch

Empfehlung Freunde/Verwandte

Homepage

Sonstiges

Besondere Wünsche und Anregungen

Ort/ Datum

Unterschrift des Antragstellers

Angehörige/r

Betreuer

Bewohner