

Seniorenzentrum Dr. Hans Heydemann

Seniorenzentrum Dr. Hans Heydemann, Kirchenstraße 31, 17213 Malchow
Tel. 039932-883, Fax 039932-88410

Kurzantrag für Heimaufnahme

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Geburtsort: _____

Geb.-Name: _____ Familienstand: _____

Konfession: _____

Anschrift _____

Telefon _____

Ansprechpartner / Angehöriger:

1. Name, Vorname _____

Verwandtschaftsgrad bei Angehörigen: _____

Anschrift: _____

Telefon / Fax: _____

Ihr Hausarzt: _____

Haben Sie einen Bevollmächtigten oder Betreuer? Ja nein

Welchen Pflegegrad haben Sie? 1 2 3 4 5

Sobald wir einen freien Platz haben, werden wir telefonisch mit Ihnen oder einem genannten Ansprechpartner Kontakt aufnehmen.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden ausschließlich zum Zwecke der Prüfung und Information über einen geeigneten Pflegeplatz in unserem Hause erhoben und verwendet. Sie werden gelöscht, wenn eine weitere Datenverwendung für diese Zwecke nicht mehr erforderlich ist. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in anbei befindlicher Datenschutzerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller