

### Anmeldung zur Aufnahme in unser Pflegezentrum „Am Kurpark“

Termin zur Aufnahme: \_\_\_\_\_

Anmeldung:  stationär  KZP  VHP

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_  
(bei Krankenhaus oder Altenheim entsprechende Adresse)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

#### Angehörige

1) Name: \_\_\_\_\_ 2) Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

#### Betreuer (nach Betreuungsrecht)

#### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Erkrankungen:  Demenz  Diabetes  Inkontinenz

**Bitte einsenden an: Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg, Kurpromenade 1, 06905 Bad Schmiedeberg**

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort                      Unterschrift des Antragstellers oder des Aufzunehmenden                      Unterschrift Einrichtungsleiter