1.1.1.1.1 Anmeldung für das LWL-Pflegezentrum Dortmund Am Apfelbach

Name:	Kinderzahl / Geschlecht:
Vorname:	Enkelzahl / Geschlecht:
Geburtsdatum:	Geschwisterzahl / Geschlecht:
Geburtsort:	Konfession:
Staatsangehörigkeit:	Muttersprache:
Anmeldedatum:	
Wer ist im Todesfall zu informieren:	Wer kümmert sich um den Nachlass:

Diagnose: Ansteckende Krankheit(en):
□ nein □ wenn ja, welche:

Derzeitiger Aufenthalt:

Ansprechpartner/in:
Telefonnummer:

Gesuchte Wohnform: □ geschützt □ offen □ Kurzzeitpflege

Besteht eine gesetzliche Betreuung: □ ja □ nein □ ist angeregt am

Amtsgericht: Az.:

Umfang der Betreuung: □ Aufenthaltsbestimmungsrecht □ Gesundheitsfürsorge
□ Vermögensfürsorge □ Alle Angelegenheiten

Ist eine Maßnahme zur Einschränkung der Freiheit notwendig:
□ nein □ wenn ja, welche: □ Fixierung □ geschlossene Unterbringung Gültig bis:

Betreuer/in:	Nächste/r Angehörige/r:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
Mobilnummer:	Mobilnummer:

Derzeitige/r Hausarzt/-ärztin:

Telefon: Fax: Mobilnummer:

Pflegegrad (Kopie beifügen): beantragt am:

Krankenkasse:	Versichertennummer:

Stationäre Heimnotwendigkeit: □ liegt vor (Kopien beifügen) □ folgt

Bestätigung über Stellung eines Sozialhilfegrundantrages beim zuständigen Kostenträger:

□ liegt bei □ folgt □ nicht erforderlich

Datum, Unterschrift: