

**Evangelische Stadtmission Freiburg e.V.**  
**Seniorenpflegeheim Haus Siloah**  
**Wichernweg 2**  
**79189 Bad Krozingen**  
**Tel: 07633/1006-0 Fax: 07633/100622**

- nicht vom Antragsteller auszufüllen -

**Aufnahme:** \_\_\_\_\_  
**Wohnbereich:** \_\_\_\_\_  
**Zimmernummer:** \_\_\_\_\_

Bitte in Druckschrift ausfüllen

## Anmeldung zur Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten ärztliches Zeugnis & Pflegebericht abgeben)

<b>1. Name</b>	Vor- und Zuname		Geburtsname
<b>2. Adresse</b>	Straße / PLZ / Ort		
	Telefon		
<b>3. Derzeitiger Aufenthalt</b>			
<b>4. Persönliche Daten</b>	Geburtsdatum		Geburtsort / Land
	Familienstand		Konfession Staatsangehörigkeit
<b>5. Angehörige Erster Ansprechpartner:</b>	Name / Vorname		Verwandtschaftsverhältnis
	Straße / PLZ / Ort		
	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
<b>Weitere/r Ansprechpartner:</b>	Name / Vorname		Verwandtschaftsverhältnis
	Straße / PLZ / Ort		
	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
<b>6. Betreuer</b> (nach Betreuungsrecht)  <b>Bitte Kopie der Urkunde beifügen</b>	Name / Vorname		
	Straße / PLZ / Ort		
	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
<b>7. Hausarzt</b>	Name		
	Straße / PLZ / Ort		Telefon
<b>8. Krankenkasse</b>	Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>9. Pflegegrad</b>	beantragt am:		
<b>10. Gewünschte Unterbringung</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<b>Termin zur Aufnahme:</b>
	Sind freiheitsentziehende / freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>11. Kostenträger</b>	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,  
Unterschrift des Aufzunehmenden

Ort / Datum		
-------------	--	--