



Spitalgasse 3, 91438 Bad Windsheim
Tel: 09841/6669-21 - Fax: 09841/6669-15

**Anmeldung für
KURZZEITPFLEGEGÄSTE**

Vor- und Zuname: _____ Geb.Name _____

Derzeitige Wohnung:

(Straße) (PLZ, Ort) (Telefon)

Geb. Datum Geburtsort (Beruf)

Familienstand: ledig verh. verw. gesch. getrennt lebend Konfession: _____
(Zutreffendes ankreuzen)

Aufnahmezeitraum: von: _____ bis _____

von: _____ bis: _____

Waren Sie heuer schon in einer Kurzzeitpflege-Einrichtung? Ja Nein
In welcher Einrichtung? _____ von: _____ bis: _____

Krankenkasse: _____ Pflegestufe: _____

Mitgliedsnummer: _____ Rezeptgebührenbefreiung: _____

Hausarzt: _____ Telefonnummer: _____

Diagnosen: _____

Bisher gepflegt von: _____

Angehörige: Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Tel: _____

PLZ: _____ Ort _____

Bad Windsheim, den _____

(Hospitalstiftung)

(Kurzzeitpflegegast/Angehörige)