

Anmeldung zu Pflegeangeboten

Aufnahmewunsch:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seniorenzentrum Martha Piter
Tschirchdamm 20
14772 Brandenburg | <input type="checkbox"/> Seniorenzentrum Clara Zetkin
Anton-Saefkow-Allee 1F
14772 Brandenburg | <input type="checkbox"/> Wohngruppenhaus für Menschen mit Demenz
Anton-Saefkow-Allee 1 C-E
14772 Brandenburg |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege Nord
Emsterstraße 7A
14770 Brandenburg | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
Anton-Saefkow-Allee 1 A-B
14772 Brandenburg | |

Daten der aufzunehmenden Person	
Name:	Vorname:
Straße:	Hausnr.:
Ort:	PLZ:
Geburtsname:	Familienstand:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Kranken- / Pflegekasse:	Versicherungsnr.:
	Nationalität:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bereits eingestuft: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Zuzahlungsbefreiung (Medikamente): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	
Schwerbehindertenausweis liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Grad der Behinderung:	
Merkzeichen:	
Gegenwärtiger Aufenthalt (Wohnung, Krankenhaus, Rehaklinik etc.):	
Warum kann eine häusliche Betreuung nicht mehr sichergestellt werden?	
Hausarzt	
Name:	Fachrichtung:
Anschrift:	Telefonnr.:

Bezugsperson 1:	
Name:	Vorname:
Straße:	Hausnr.:
Ort:	PLZ:
Telefon:	E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:	
Vollmacht / Betreuung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bezugsperson 2:	
Name:	Vorname:
Straße:	Hausnr.:
Ort:	PLZ:
Telefon:	E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:	
Vollmacht / Betreuung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller / Bevollmächtigter / Betreuer

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an einen der unten genannten Kontaktwege:

Post: Senioren- und Pflegezentrum Brandenburg gGmbH, Empfang, Tschirchdamm 20, 14772 Brandenburg a. d. H

E-Mail: rezeption.mp@spz-brb.de

Fax: 033 81/ 79 96 - 120

Ihre Daten werden von uns unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gespeichert.

Sind Sie nach eingereichter Anmeldung nicht mehr an einer Vormerkung in unserem Hause interessiert, bitten wir um eine kurze telefonische Rückmeldung an den Empfang unter der Telefonnummer 033 81/ 79 96 - 0.

Gesprächsnotizen (nur Intern):

* Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche und divers Form gleichberechtigt ein.