Seniorenzentrum Jörg Creutzer
Mayer-Franken-Straße 40
91301 Forchheim
Telefon: 09191 / 70 17-0 Fax: 70 17-15

Diakonie Bamberg-Forchheim ZEIT für LEBEN

Stammdatenerfassung

☐ vollstationär ☐ Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

Vor- und Zuname | Geburtsname

Adresse | Straße / PLZ / Ort | Telefon

Adresse derzeitiger Aufenthalt (evtl. Krankenhaus oder Altenheim)

Geburtsdatum | Geburtsort

Familienstand | Konfession | Staatsangehörigkeit

Pflegestufe | Krankenkasse

Angehörige | Name
Straße / PLZ / Ort | Telefon
Verwandschaftsverhältnis

Angehörige | Name
Straße / PLZ / Ort | Telefon
Verwandschaftsverhältnis

Betreuer | Name
Straße / PLZ / Ort | Telefon
Wirkungskreis der Betreuung

Hausarzt | Name
Straße / PLZ / Ort | Telefon

Zimmerwunsch | ☐ Einzelzimmer | ☐ Doppelzimmer | Aufnahmetermin

Kostenträger | ☐ Selbstzahler | ☐ Sozialhilfe | Welches Sozialamt (bei Sozialhilfe)

Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers

Diese Daten sind noch unverbindlich und dienen zur Datenvorbereitung des Vertrages und als Interessenbekundung für eine eventuell spätere Aufnahme im Seniorenzentrum Jörg Creutzer