



Seniorenzentrum Kell am See
Am Herrenmarkt 8
54427 Kell am See



Tel. 06589 – 9190 - 0

Anmeldung / Service Wohnen

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Telefon: /

Wie ist Ihr Familienstand ?

Verheiratet Ledig Verwitwet Geschieden

Konfession ?

Katholisch Evangelisch

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie ?

Deutsch

Bitte nennen Sie uns zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Art der Angehörigkeit:	Art der Angehörigkeit:
Straße:	Straße:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Telefon: /	Telefon: /

Wer ist Ihr Hausarzt ?

Name: PLZ, Ort:
Vorname: Telefon: /
Straße: Telefax: /

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:

AOK BEK DAK KKH TKK

Mitglieds-Nr. Krankenkasse: gebührenbefreit (Ausweiskopie)

Mitglieds-Nr. Pflegekasse: pflichtversichert

Straße: privat versichert

PLZ, Ort: zusätzlich privat versichert

Wenn Sie privat oder zusätzlich privat versichert sind:

Name der privaten (Zusatz-) Versicherung:

Mitgliedsnummer:

Straße: Telefon: /

PLZ, Ort: Telefax: /

Sind Sie beihilfeberechtigt ? Ja Nein

Name der Beihilfestelle:

Straße: Telefon: /

PLZ, Ort: Telefax: /

Besteht eine amtlich bestellte Betreuung ? Ja Nein

Wenn ja:

Name: Telefon: /
Vorname: Telefax: /

Wirkungskreis der Betreuung:

Straße:
(siehe Kopie der Bestallungsurkunde)

PLZ, Ort:

Kostenträger:

aus eigenen Mitteln

Sozialamt

Haben Sie eine Pflegegrad ?

nein 1 2 3 4 5



Service Wohnen

Apartment – 2 Zimmer, Einbauküche, qm Nr.:
Bad, Abstellraum

Wann möchten Sie in die Wohnung einziehen?

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Mieters