



Seniorenzentrum Kell am See  
Service Wohnen 1  
Am Herrenmarkt 6  
54427 Kell am See



Tel. 06589 – 9190 - 0

# Anmeldung / Service Wohnen 1

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Straße, Hausnummer:</b>	
<b>PLZ, Ort:</b>	
<b>Geburtsname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Telefon:</b>	

**Wie ist Ihr Familienstand ?**

- Verheiratet       Ledig       Verwitwet       Geschieden

**Konfession ?**

- Katholisch       Evangelisch       .....

**Welche Staatsangehörigkeit haben Sie ?**

- Deutsch       .....

**Hinweis:** Bitte fügen Sie dem Anmeldebogen eine Kopie Ihres Personalausweises bei.

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

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

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

Anschrift: .....

privat versichert: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht eine amtlich bestellte Betreuung ?  Ja  Nein  
(falls ja, bitte eine Kopie beifügen)

Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden?  Ja  Nein  
(falls ja, bitte eine Kopie beifügen)

Haben Sie eine Pflegegrad ?

nein  1  2  3  4  5

 **Service Wohnen**

In welche Wohnung möchten Sie einziehen? Nr. \_\_\_\_\_ / qm \_\_\_\_\_

Wann möchten Sie in die Wohnung einziehen?

nächstmöglicher Termin

\_\_\_\_\_ (Wunschdatum selbst eintragen)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Mieters