



Seniorenzentrum Kell am See
Service Wohnen 2
Wiesplätzchen 1b
54427 Kell am See



Tel. 06589 – 9190 - 0

Anmeldung / Service Wohnen 2

Name:	
Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Telefon:	

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:
(Ausweiskopie)

gebührenbefreit

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