



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: 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