



Haus Schlüter
Bad Rothenfelde
Zeit fürs Leben

Anfrage Heimplatz - Teil A

auf Dauer

Kurzzeitpflege (KZP)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Pflegestufe: _____

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Name Angehörige: _____

Adresse Angehörige: _____

Telefonnummer: _____

Gesetz. Betreuer: _____

Adresse Betreuer: _____

Telefonnummer: _____

Aufnahmetag: _____

Kostenträger: _____

Bei KZP - Dauer: _____

