



Altenzentrum Königsbronn  
Brenzstr. 17  
89551 Königsbronn  
Tel.: 07328 / 92390-0

## Vor-/Anmeldung

Langzeitpflegeplatz

Einzelzimmer

Kurzzeitpflegeplatz

voraussichtlich von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Tagespflegeplatz

Notfall

sobald als möglich, sofort

in absehbarer Zeit:

in ca. \_\_\_\_\_ Wochen/Monaten

erst später:

in ca. \_\_\_\_\_ Jahren

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Angehörige:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (privat) \_\_\_\_\_ (geschäftl.)

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Betreuer/Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_