



Betreuungseinrichtung
"Zur Abendsonne" Pflege GmbH
Noltemeier
Elfenborner Weg 6
32689 Kalletal

Tel.: 05755 - 96 00 0
Fax: 05755 - 96 00 96
zur.abendsonne@t-online.de
www.zurabendsonne.de

V. 10/17

Unverbindliche Anmeldung für die Betreuungseinrichtung "Zur Abendsonne"

Persönliche Daten:

Familien-Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geb.Datum: _____

erlernter Beruf: _____ Geburtsort: _____

Straße-Haus-Nr./PLZ/Ort: _____

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____ Staatsangehörigkeit: _____
(vh,vw,gesch,getr, ledig)

Konfession/Taufdatum: _____

Derzeitige Versammlung: _____ Sekretär: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Wohnen Verwandte in gerader Linie des ersten oder zweiten Grades (Eltern, Kinder, Enkelkinder) oder Verwandte in nicht gerader Linie (Geschwister) mit gewöhnlichem Aufenthalt im Kreis Lippe?

Nein Ja Wenn ja - bitte Name und Anschrift der/des Verwandten angeben:

Weitere Familienangehörige oder nahestehende Personen:

1) Name, Vorname: _____

Straße-Haus-Nr./PLZ/Ort: _____

Telefon/E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad/Bekanntschaft: _____

Den Herbst des Lebens an einem würdigen Ort sonnig gestalten

Theokratie leben so wie es dem Einzelnen täglich möglich ist

2) Name, Vorname: _____

Straße-Haus-Nr./PLZ/Ort: _____

Telefon/E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad/Bekanntschaft: _____

3) Name, Vorname: _____

Straße-Haus-Nr./PLZ/Ort: _____

Telefon/E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad/Bekanntschaft: _____

Gesetzliche Betreuung: Ja Nein Beantragt Private Vorsorgevollmacht

Betreuer/Bevollmächtigter:

Name, Vorname: _____

Straße-Haus-Nr./PLZ/Ort: _____

Telefon/E-Mail: _____

Angaben über die Krankenkasse/Pflegekasse:

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Besteht ein Pflegegrad? Ja Nein Beantragt Seit wann: _____

Wenn ja, welcher Pflegegrad: _____ Vollstationäre Pflege erforderlich? Ja
(siehe Pflege-Gutachten des MDK)

Alltagskompetenz in Sinne von § 45a / 87b SGB XI eingeschränkt (Demenz)? Erheblich Erhöht Nicht
(siehe Pflege-Gutachten des MDK)

Angaben zur Finanzierung des Pflegeplatzes:

Altersrente: _____ €

Kriegsopfer-
fürsorgerente: _____ €

Witwenrente: _____ €

Sonstige
Einkünfte: _____ €

Betriebsrente: _____ €

Persönliche Wünsche/Anmerkungen:

Für wann wird die Aufnahme gewünscht? _____

Einzelzimmer Zweibettzimmer

* Ich habe Kenntnis darüber, dass meine personenbezogenen Daten dieser Anmeldung im Rahmen der internen Datenverarbeitung vertraulich behandelt, genutzt und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Gerne möchte ich über aktuelle Themen rund um die Abendsonne informiert werden. Per Post Per E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer