

Anfrage an das Evangelische Pflegeheim Aachquelle

Name, Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Geburtsdatum ____/____/____/

Geburtsname: _____ Konfession: _____ Familienstand: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Angehörige / Vertrauensperson / gesetzliche Betreuung

Vorname, Name: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Art des Verwandtschaftsverhältnisses: _____

Angehörige / Vertrauensperson / gesetzliche Betreuung (2. Person)

Vorname, Name: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Art des Verwandtschaftsverhältnisses: _____

.....

Für welches Angebot interessieren Sie sich?

- Stationäre Pflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege
-

Ist ein Pflegegrad vorhanden?

- Nein Pflegegrad 1 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5
-

Wann möchten Sie das Angebot wahrnehmen?

- Einzug / Inanspruchnahme
möglichst bald / sofort.
Bitte senden Sie mir Angebote zu. Diese Anmeldung ist nur vorsorglich.
Ich melde mich, wenn ich Bedarf habe.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten gespeichert werden.

Ort / Datum

Unterschrift

Anm.: