

- b) Name, Vorname _____
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Verwandtschaftsgrad _____
- c) Name, Vorname _____
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Verwandtschaftsgrad _____

14. E-Mail-Adresse _____

15. Wer trägt den Eigenanteil der Heimkosten?

- Selbstzahler, aus eigenem Einkommen
 Sozialamt/LWV: _____

16. Rechnungsempfänger _____

17. Die Heimkosten werden per Lastschrift eingezogen. Bitte teilen Sie uns Ihre Kontoverbindung mit:

Kontoinhaber _____
 Institut _____
 IBAN DE _____
 BIC _____

18. Wird ein Telefon gewünscht? Ja Nein

19. Ummeldung (nur bei vollstationärer Pflege)

Bitte vergessen Sie nicht eine Ummeldung beim Stadtbüro Marburg vorzunehmen

20. Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege:

Besteht eine Inkontinenz? Ja Nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen das bei der Kurzzeitpflege die Inkontinenzmaterialien selbst mitzubringen sind!

Medikamente:

Bitte bringen Sie bei Aufenthalt zur Kurzzeitpflege alle Medikamente für die Dauer des Aufenthalts mit.

22. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Wir weisen daraufhin, dass die angegebenen personenbezogenen Daten gespeichert und zu internen Zwecken im Interesse der Bewohner verwendet werden. Eine Weitergabe ist damit nicht verbunden!

Marburg, den _____ 20____

Unterschrift

 Aufzunehmender bzw. gesetzlicher Vertreter