



## Anfrage an das Seniorenzentrum Stockach Evangelisches Altenpflegeheim

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.:**