



THERESIENKLINIK

Klinik für Kardiologisch-Internistische und
Orthopädisch-Traumatologisch-Rheumatologische Rehabilitation
Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege



Anmeldung zur Aufnahme

(Bitte zusammen mit dem von Hausarzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen abgeben)

Kurzzeitpflege
Stationäre Dauerpflege

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Angehörige: Adresse Telefonnummer	
Terminwunsch:	
Betreuungsverfügung / Vorsorgevollmacht:	
Hausarzt:	
Pflegegrad:	
Krankenkasse:	
Kostenträger:	
Heimkostenfinanzierung:	Gesichertes Einkommen / Vermögen <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/>

Ort/ Datum:

Unterschrift des Antragstellers