

# ANMELDUNG

*Erst gültig mit Heimvertrag*

WGfs GmbH  
Nürtinger Straße 11  
70794 Filderstadt-Bernhausen  
Telefon 0711 7079114  
Fax 0711 7089229  
info@wgfs.de, wgfs.de

**Name, Vorname:** .....

**Geburtsdatum** .....

Geburtsname: .....

Geburtsort: .....

Familienstand: ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Konfession: ev.  kath.  keine  andere: .....

Staatsangehörigkeit: .....

**Pflegegrad:** 1  2  3  4  5  Antrag auf Einstufung gestellt am: .....

Eilantrag gestellt vom Krankenhaus: Ja  Nein  am: .....

Adresse: .....

PLZ, Wohnort: .....

**Casa Medici** SP  KP  TP  ab ..... bis ..... EZ  DZ  Nr. ....

**Demenzstation** SP  ab ..... DZ  Nr. ....

**Kettmerstraße** SP  KP  ab ..... bis ..... EZ  DZ  Nr. ....

**Haus Albblick** SP  KP  TP  ab ..... bis ..... EZ  DZ  Nr. ....

**Demenz:** Ja  Nein

**Ambulant** häusl. Pflege  Domizil  Neuhausen  ab .....

Betreutes Wohnen  ab .....

**Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege:** Antrag bei Pflegekasse gestellt: Ja  Nein

**Sozialhilfeempfänger:** Ja  Nein  Antrag bei Sozialamt gestellt: Ja  Nein

**Angehörige:** Ehefrau/Ehemann  Sohn/Tochter  Betreuer  .....

**Name, Vorname:** .....

Straße: .....

PLZ/Wohnort: .....

Telefon privat: ..... Geschäftlich: .....

Handy: ..... Fax: .....

E-Mail: ..... Rechnung per E-Mail: Ja  Nein

**Rechnung an:** .....

**Vollmacht** Ja  Nein  **Bevollmächtigter:** .....

**Hausarzt:** ..... Telefon-Nr.: .....

**Krankenkasse/Ort:** ..... **Beihilfeanspruch:** Ja  Nein

**KV-Nr.:** ..... **zuzahlungsbefreit:** Ja  Nein

Überleitung vom Krankenhaus: Ja  Nein  Name Krankenhaus: .....

Überleitung von Pflegeheim: Ja  Nein  Name Pflegeheim: .....

..... (Ort, Datum) ..... (Unterschrift)

Zahlreiche Auszeichnungen und Zertifikate bestätigen unsere Qualitätsphilosophie

