

# Martinshof Rothenburg Diakoniewerk

Kirchliche Stiftung bürgerlichen Rechts (Stiftungsverzeichnis LD Dresden Nr. 21-0562)

Martinshof Rothenburg Diakoniewerk, Mühlgasse 10, 02929 Rothenburg OL



## Antrag auf Kurzzeitpflege im Altenpflegeheim

**Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!**

Vorstand:  
Robert Dünnbier  
Petra – Edith Pietz

Fon: 0049 (0)35891 380  
Fax: 0049 (0)35891 38 110  
info@martinshof-diakoniewerk.de  
www.martinshof-diakoniewerk.de

Anrede, Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

(Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie Geburtsurkunde bzw. Heiratsurkunde beifügen!)

Konfession: \_\_\_\_\_

Wohnung:

(mit Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet)

Postleitzahl, Wohnort

Derzeitiger Aufenthalt:

(bei Angehörigen/Krankenhaus/Heim/...)

Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Bei wem? In welcher Institution?

Gewünschte Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:

(Welche Pflegegrad ist anerkannt und seit wann?)

Pflegegrad 1, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 4, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 2, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 5, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 3, anerkannt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad wurde beantragt: \_\_\_\_\_

Hauptansprechpartner:

1. Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Angehörige/r

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Betreuer/in

Weiterer Ansprechpartner:

2. Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Angehörige/r

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Betreuer/in

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift:

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

### Belehrung Datenschutz

Aufgrund der geltenden Datenschutzbestimmungen weisen wir darauf hin, dass wir die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten an unsere Altenpflegeeinrichtungen weiterleiten und diese zum Zweck der Kontaktaufnahme zur eventuellen Aufnahme in eine unserer Einrichtungen verwendet werden. Sollte dies von Ihnen nicht mehr gewünscht werden, so haben Sie das Recht, die Löschung der Daten schriftlich zu verlangen. Bitte richten Sie Ihr Schreiben an die Einrichtung, bei der Sie den Heimaufnahmeantrag gestellt haben.

Diese Belehrung habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_