

Anmeldung zum Einzug

in das

CBT-Wohnhaus: _____

Einzug schnellstmöglich

Vorübergehender
Einzug in ein anderes
CBT-Wohnhaus
ist möglich

Straße: _____

Gewünschter Einzugstermin

PLZ/Ort: _____

Warteliste*

Selbstzahler

*Befristet auf 2 Jahre.

Vor Ablauf bitte Rückmeldung, ansonsten verfällt der Listenplatz.

Gewünschte Wohnform

Altenheim:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Wohnen mit Service:

1-Personen-Apartment

2-Personen-Apartment

Mit WBS

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Geboren am: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____

Konfession: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____

Wie sind Sie auf die CBT aufmerksam geworden?

1. Angehörige/Ansprechpartner

Name: _____ Vorname: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis/Art der Beziehung: _____

Für EDV: Erster Bezug

Bitte nur einen Erstbezug pro Bewohner ankreuzen

2. Angehörige/Ansprechpartner

Name: _____ Vorname: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis/Art der Beziehung: _____

Für EDV: Erster Bezug

Bitte nur einen Erstbezug pro Bewohner ankreuzen

Anmeldung zum Einzug

3. Angehörige/Ansprechpartner

Name: _____ Vorname: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis/Art der Beziehung: _____

Für EDV: Erster Bezug

Bitte nur einen Erstbezug pro Bewohner ankreuzen

Patientenverfügung

Ja

Nein

Gesetzliche Betreuung

Ja Nein Beantragt Aufgabenkreis: _____

Betreuer (Name, Vorname): _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Vollmacht Ja Nein

Bevollmächtigter (Name, Vorname): _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Krankenkasse _____ Sitz der Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Hausarzt _____ Fachrichtung: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

_____ Fax: _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Bescheid der Pflegekasse liegt bei:

Ja Wird nachgereicht

Hilfsmittel:

Gehwagen Rollstuhl

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller

Alle personenbezogenen Daten werden vertraulich
behandelt und elektronisch gespeichert.
Die rechtlichen Vorschriften finden Berücksichtigung.

Unterschrift amtlicher Betreuer/Bevollmächtigter