

Seniorenzentrum Waldstadt Iserlohn  
Alexanderstr. 1  
58644 Iserlohn  
**Kurzzeitpflege**  
Tel.Nr.: 02371 / 8090-29  
Fax.Nr.: 02371 / 8090-27  
**Frau Ebbinghaus:** Tel.Nr.: 02371 / 8090-14



**Verbindliche Anmeldung Kurzzeitpflege**  
entsprechend dem Kurzzeitpflegevertrag

Aufnahme in Zimmer:  EZ Nr.: \_\_\_\_\_  DZ. Nr.: \_\_\_\_\_

Bewohner-Nr.: \_\_\_\_\_ **(wird vom Heim ausgefüllt)**

Zeitraum vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

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

Geb.name: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_ Geb.ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Aufnahmegrund: \_\_\_\_\_

Angehöriger/Betreuer Name: \_\_\_\_\_

während des Aufenthaltes: Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte für Vertragsunterzeichnung: \_\_\_\_\_

Frühere KZP-Aufenthalte:  nein  ja, wann zuletzt \_\_\_\_\_

Pflegestufe:  0  MVI  I  II  III

Verschlimmerungsantrag gestellt:  ja  nein

Selbstzahler:  ja  nein

Sozialhilfe:  nein  ja, beantragt am: \_\_\_\_\_ Sozialamt der Stadt \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger: Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Zwecks weiterer Kostenklärung setzen Sie sich bitte mit unseren Verwaltungsmitarbeitern unter  
Tel.Nr.: 02371/8090-17, oder 02371/8090-16 in Verbindung.

Die Anzahlung in Höhe von 160,00 € ist sofort auf das unten genannte Konto zu entrichten.

Vertragsunterzeichnung spätestens vier Wochen vor der Aufnahme. Durchschrift der Anzahlung ist  
bei der Vertragsunterzeichnung vorzulegen.

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

Bankverbindung: Sparkasse Iserlohn, BLZ 445 500 45, Konto-Nr. 104 810