

ASB Pflegeheim „Lindenhof“
Fritz-Reuter-Straße 11
18181 Graal-Müritz
Tel. 038206-72400
Fax: 038206-72401
lindenhof@asb-mv.de

Wir helfen
hier und jetzt.



Anfragebogen

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Name, Geburtsname:
2. Vorname:
3. Geboren:
am in
4. Hauptwohnsitz:
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer
.....
Telefon
5. Pflegegrad: 2 3 4 5
 Einstufung beantragt am:
6. Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?
Name des Krankenhauses oder Heimes
.....
Name des Krankenhauses oder Heimes
7. Betreuer/Bevollmächtigter:
Bestellurkunde bzw. Vollmacht
Bitte in Kopie beifügen! Vor- und Zuname
.....
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer
8. Gewünschte Unterbringung: Doppelzimmer
 Einzelzimmer
9. Wer stellt diesen Antrag Für den Aufzunehmenden:
Name, genaue Anschrift
.....
In welcher Eigenschaft?
10. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:
.....
.....

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden