

**SENIORENRESIDENZ**  
am St. Johannes-Hospital



Sozialstation  
Varel-Wilhelmshaven

**Anmeldebogen**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mailadresse

\_\_\_\_\_  
Angehörige/Bezugsperson (Name/Adresse/Telefon)

\_\_\_\_\_  
Betreuer/in (Name/Adresse/Telefon) (Ausweis)

\_\_\_\_\_  
Wohnungsgröße (qm)

\_\_\_\_\_  
Einzugsjahr

Besteht eine häusliche Krankenpflege?  Ja  Nein

Pflegegrad:  Ja  Nein Wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_

Pflegegrad beantragt

\_\_\_\_\_  
Sonstiges

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift