

INTERESSENTENANFRAGE

Seniorenzentrum am Gausebrink

Dies ist eine Interessentenanfrage für potenzielle Bewohner*innen. Sie können das Formular nach dem Download direkt im PDF ausfüllen und abspeichern. Sie können es aber auch direkt ausdrucken und händisch ausfüllen. Schicken Sie uns im Anschluss diese Seite per Mail oder per Post zu.

Angaben zum Interessenten

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Pflegegrad: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Angaben zur Kontaktperson/Angehörigen

Name und Vorname: _____

Telefon/Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Einzugsinformationen

Gewünschter Einzugstermin: _____

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Stationäre Pflege

Überleitungsbogen vorhanden:

Ja

Nein

Bevollmächtigte/ges. Betreuung:

Ja

Nein

Seniorenzentrum am Gausebrink

Gausebrink 61 • 48607 Ochtrup • Tel.: 02553 / 75 940 - 00

info-ochtrup@lavidapflegepartner.de

