

Anmeldeformular

Pflegeteam Weitsicht GmbH – Ambulanter Pflegedienst



Klöcknerstr. 2
49124 Georgsmarienhütte

0151/40347384
info@pflegeteam-weitsicht.de

1. Interesse an

- ☐ Pflegesachleistung
- ☐ Häusliche Krankenpflege
- ☐ §37.3 Beratungsgespräch

letztmalig am:

- ☐ Entlastungsbetrag (125 €)
- ☐ Verhinderungspflege
- ☐ Privatleistung (Selbstzahler)

2. Versorgungsbeginn

3. Interessent

----------------------	----------------------	----------------------

Name, Vorname

Geburtsdatum

Familienstand

----------------------	----------------------

Straße/ Hausnr.

PLZ/ Ort

----------------------	----------------------	----------------------

Telefon

Mobil

E-Mail

Besonderheiten der Wohnsituation (Etage, Fahrstuhl, Parkmöglichkeiten etc.)

4. Versicherung

Pflegekasse/ Krankenkasse

----------------------	----------------------

Versichertennummer

Kennnummer des Trägers

Anmeldeformular

Pflegeteam Weitsicht GmbH – Ambulanter Pflegedienst

Klöcknerstr. 2
49124 Georgsmarienhütte

0151/40347384
info@pflegeteam-weitsicht.de



5. Pflegegrad

seit

beantragt am

6. Hauptdiagnose(n)

7. Kontakte

Hausarzt	
Facharzt	
Sanitätshaus	
Apotheke	
Bisheriger Pflegedienst	

8. Angehörige/ Bezugsperson

1. Bezug

Name, Vorname

Beziehung zum Interessenten

Straße/ Hausnr.

PLZ/ Ort

Telefon

E-Mail

2. Bezug

Name, Vorname

Beziehung zum Interessenten

Straße/ Hausnr.

PLZ/ Ort

Telefon

E-Mail

Anmeldeformular

Pflegeteam Weitsicht GmbH – Ambulanter Pflegedienst

Klöcknerstr. 2
49124 Georgsmarienhütte

0151/40347384
info@pflegeteam-weitsicht.de



9. Wünsche zur Unterstützung

10. Wie sind auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Suchmaschine (Internet) ☐ Soziale Medien ☐ Fahrzeugwerbung

Sonstiges

--

Datenschutzhinweis

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten halten wir uns streng an die geltenden Datenschutzgesetze. Wir möchten Sie darüber informieren, wie wir mit Ihren Daten umgehen. Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich für den Zweck der Bearbeitung Ihrer Anmeldung und der Kontaktaufnahme verwendet. Wir erheben nur die notwendigen Informationen, um Ihnen unsere Dienstleistungen bestmöglich anbieten zu können. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sofern dies nicht zur Erfüllung des Vertrags oder zur Wahrung rechtlicher Verpflichtungen erforderlich ist. Wir treffen geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um Ihre Daten vor Verlust, Missbrauch und unberechtigtem Zugriff zu schützen. Sie sind damit einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten gespeichert und automatisch verarbeitet werden. Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Daten für den genannten Zweck verwenden dürfen. Sie haben das Recht, Auskunft über die von uns gespeicherten Daten zu erhalten, deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen und der Verarbeitung Ihrer Daten zu widersprechen. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und freuen uns darauf, Ihnen unsere ambulanten Pflegedienstleistungen anbieten zu können.

--

Ort

--

Datum

--

Unterschrift

Nachdem Sie das Formular ausgefüllt haben,
speichern Sie dieses ab und senden es
anschließend an folgende E-Mail:

info@pflegeteam-weitsicht.de