



Unverbindliche Anmeldung

Bitte teilen Sie uns per Email, Fax oder Post folgende Daten mit:

1. Datum _____

2. Wer benötigt unsere Hilfe?

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Pflegegrad _____

3. Wie können wir Ihnen helfen?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> vollstationärer Langzeitpflegeplatz | <input type="radio"/> Ambulanter Pflegedienst |
| <input type="radio"/> Kurzzeitpflege | <input type="radio"/> Essen auf Rädern |
| <input type="radio"/> Tagespflege | <input type="radio"/> Offener Mittagstisch |
| <input type="radio"/> Betreutes Wohnen | |

4. Wer ist unser Ansprechpartner?

Name _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Email-Adresse _____

Beziehung ☐ Sohn / Tochter ☐ Ehepartner ☐ Sonstige