



**Betreutes Wohnen**  
**„Haus Paula“**  
Wilhelmstraße 64, 17438 Wolgast

**Anmeldung**

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name (Geburtsname)

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

Bisheriger Aufenthalt:  
(Krankenhaus, Heim etc.)

\_\_\_\_\_

Bekannte Erkrankungen  
(Pflege betreffend)

\_\_\_\_\_

Hausarzt:

\_\_\_\_\_

Adresse der nächsten Angehörigen:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

evt. Vorhandener Pflegegrad: \_\_\_\_\_

ggf. beantragt am: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Speicherung und Nutzung Ihrer Daten bei der Pflegeambulanz von Kersten einverstanden?

Unterschrift: \_\_\_\_\_