



**b)**

Name	Vorname	wie verwandt
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
E-Mail	Mobiltelefon	<input type="checkbox"/> Benachrichtigung auch nachts

**c)**

Name	Vorname	wie verwandt
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
E-Mail	Mobiltelefon	<input type="checkbox"/> Benachrichtigung auch nachts

**Betreuung/Vollmacht/Notvertretender Ehegatte**     ja (Kopie)    Betreuung ist beantragt     ja     nein

Name/Vorname	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Mobiltelefon

**Hausarzt**    Hausarztmodell     ja     nein

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Sonstiges

**Zahnarzt**

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Sonstiges

Facharzt für \_\_\_\_\_

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Sonstiges

**Wünsche und Anregungen**

---



---

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Persönliche Empfehlung     Werbeanzeige     EHS-Homepage (Internet)     Social Media (Facebook, Instagram)     Telefonbuch  
 EHS-Pflegeheim     Mobile Dienste     Gute-Pflege-Center     Pflegestützpunkt     Sonstiges \_\_\_\_\_

Zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten und aus Verwaltungsgründen geben wir Ihre Daten ggf. an Konzerngesellschaften der Evangelischen Heimstiftung weiter. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung in der Kurzzeit- und Dauerpflege habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift	<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
		<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Notvertretender Ehegatte