

Absender:

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefon / Handy: _____

eMail: _____

Nachbarschaftsheim Schöneberg
Pflegerische Dienste gGmbH
z. Hd. Frau Karen Gebert
Holsteinische Str. 30
12161 Berlin

Bedarf

Ich suche kurzfristig, mittelfristig, langfristig einen Platz in einer
ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz
in Schöneberg, Steglitz, Lichtenrade für meine/n _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Demenzerkrankung ärztlich diagnostiziert? ja nein**Angaben zur Pflegebedürftigkeit:**

Pflegestufe keine, 1, 2, 3, beantragt.
Zusätzliche Betreuungsleistung nach § 45b SGB XI? ja nein

Derzeitige Wohn- und Betreuungssituation: allein lebend mit ohne Unterstützung durch amb. Pflegedienst zuhause mit _____ Pflegeheim: _____ Krankenhaus/Kurzzeitpflege: _____**Beratungsbedarf oder gewünschter Inhalt:** Wohnform, Einzugsvoraussetzungen/Ablauf, Finanzierung _____