

Kapazitätenmeldung außerklinische Intensivpflege

Unternehmen: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Kapazitäten

In der 1 zu 1 Intensivpflege

1. Freies Team in PLZ/Region: _____ frei ab: _____

2. Freies Team in PLZ/Region: _____ frei ab: _____

In Intensivpflege-Wohngemeinschaften

1. Anzahl freie Plätze: _____ WG-Adresse: _____

2. Anzahl freie Plätze: _____ WG-Adresse: _____

3. Anzahl freie Plätze: _____ WG-Adresse: _____

4. Anzahl freie Plätze: _____ WG-Adresse: _____

Ansprechpartner: für Anfragen _____

Telefon/E-Mail: _____

Weitere Bemerkungen

Fax zurück an: 040 40 11 34 699



EL 21-03-01