

Aufnahme – Antrag

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Tagespflege

Vor- und Zuname Geb.-Name

Fam.–Stand Geburtstag Geburtsort

Religionsgemeinschaft Staatsangehörigkeit

Jetziger Wohnort / Straße

PLZ Ort Tel.-Nr.

Personalausweis-Nr. ausgestellt am in

Name und Anschrift der Kinder oder der Angehörigen bzw. nahestehender Personen:

1) Name Verwandschaft

Anschrift

1. Tel.-Nr. 2. Tel.-Nr.

2) Name Verwandschaft

Anschrift

1. Tel.-Nr. 2. Tel.-Nr.

Wer soll im Falle einer Erkrankung oder im Falle des Ablebens benachrichtigt werden?

.....

Krankenversicherung Vers.-Nr.

Anschrift

Rentenversicherung Vers.-Nr.

Anschrift

Wurde ein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt) ja nein

Wenn ja, wann war der medizinische Dienst da und welche Pflege wurde festgelegt

Bitte legen Sie eine Kopie des Bescheides bei.

Datum Pflegegruppe 1 2 3

Ist ein Testament vorhanden und wo ist es niedergelegt?

.....

Haben Sie Regelungen für den Fall Ihres Ablebens getroffen? ja nein

Wer wird sich darum kümmern?

.....

Heimkosten Selbstzahler ja nein

Wenn nein, ist eine Kostenübernahme beantragt, wann?

.....

Wo?

Schwerstbehindertenausweis Wie viel.....

Gewünschte Unterbringung Ab wann

Wer ist Ihr Hausarzt?

.....

Anschrift

Liegt eine Betreuung vor? ja nein Wenn ja, wer ist Betreuer?

.....

Bitte legen Sie eine Kopie der Bestallungsurkunde bei

Sonstiges

.....

..... den Unterschrift