**Aufnahme dringend gewünscht  Ja  Nein**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Name, Vorname (Geburtsname) | |  | | | | |
| 2. | Adresse | |  |  | | |  |
| Straße |  | | | 🕿 |
|  |  | | |  |
| PLZ/Ort |  | | |  |
| 3. | derzeitiger Aufenthalt oder Betreuung durch Pflegedienst: | |  |  | | |  |
| Straße | PLZ/Ort | | | 🕿 |
| 4. | Geburtsdaten | |  |  | | | |
| Geburtdatum | Geburtsort | | | |
| 5. | Familienstand | |  | | | | |
| 6. | Pflegegrad | |  | | | | |
| 7. | Staatsangehörigkeit | |  | | | | |
| 8. | Angehörige | a) |  | | |  | |
| Name, Vorname | | | 🕿 | |
|  | |  | | |
| Straße | | PLZ/Ort | | |
|  | | | | |
| wie verwandt? | | | | |
|  | b) |  | | |  | |
| Name, Vorname | | | 🕿 | |
|  | |  | | |
| Straße | | PLZ/Ort | | |
|  | | | | |
| wie verwandt? | | | | |
|  | c) |  | | |  | |
| Name, Vorname | | | 🕿 | |
|  | |  | | |
| Straße | | PLZ/Ort | | |
|  | | | | |
| wie verwandt? | | | | |
| 9. | Betreuer bzw. Bevollmächtigte |  |  | | |  | |
| Name, Vorname | | | 🕿 | |
|  | |  | | |
| Straße | | PLZ/Ort | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. | Hausarzt |  | | | | |  |
| Name | | | | | 🕿 |
|  | | |  | | |
| Straße | | | PLZ/Ort | | |
| Wird die Behandlung weiter übernommen? | ja |  | | nein |  | |
| wenn nein, mein Arztwunsch: |  | | | | |  |
| Name | | | | | 🕿 |
|  | | |  | | |
| Straße | | | PLZ/Ort | | |
| 11. | Krankenkasse |  | | | | |  |
| 🕿 |
|  | | |  | | |
| Straße | | | PLZ/Ort | | |
| Mitgliedsnummer |  | | | | | |
| 12. | Vorhandene Hilfsmittel, Hinweise, Ergänzungen, Wünsche |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 13. | Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen o. beantragt? | ja |  | nein | |  | | |
| Wenn ja, welches Sozialamt? |  | | | | |  |
| 🕿 |
|  | | |  | | |
| Straße | | | PLZ/Ort | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum | Unterschrift des Antragstellers |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Wenn nicht Personengleichheit, auch: | Unterschrift des Aufzunehmenden |

|  |
| --- |
| **Vermerke der Einrichtung:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(z.B. für Informationen über Terminabsprachen usw.)