(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen und dem Biografieblatt zur Aufnahme einsenden,

zutreffendes bitte ankreuzen ⌧)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Vor- und Zuname(Geburtsname) |       |
| 2. | Adresse | Straße:      | Telefon:      |
| PLZ/Ort:      |  |
| 3. | derzeitiger Aufenthalt | Straße:      | PLZ/Ort:      | Telefon:      |
| 4. | Geburtsdaten | Geburtsdatum:      | Geburtsort:      |
| 5. | Familienstand |       |
| 6. | Pflegegrad |       |
| 7. | Staatsangehörigkeit |       |
| 9. | Angehörige: | a) | Name:      | Telefon:      |
|  |  |  | Straße:      | PLZ/Ort:      |
|  |  |  | wie verwandt:      |
|  |  | b) | Name:      | Telefon:      |
|  |  |  | Straße:      | PLZ/Ort:      |
|  |  |  | wie verwandt:      |
|  |  | c) | Name:      | Telefon:      |
|  |  |  | Straße:      | PLZ/Ort:      |
|  |  |  | wie verwandt:      |
| 10. | Betreuer | Name:      | Telefon:      |
|  |  | Straße:      | PLZ/Ort:      |
| 11. | Hausarzt | Name:      | Telefon:      |
|  |  | Straße:      | PLZ/Ort:      |
| 12. | Krankenkasse |       | Telefon:      |
|  |  | Straße:      | PLZ/Ort:      |
|  | Mitgliedsnummer |       |
| 13. | Gewünschte Unterbringung: | vom |       | bis |       |
| 14. | Hinweise, Ergänzungen,Wünsche |       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
| 15. | Liegt die Zustimmung Ihrer Pflegekasse zur Kurzzeitpflege vor? | ja | [ ]  | nein | [ ]  |
| 16. | Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen o. beantragt? | ja: | [ ]  | nein: | [ ]  |
|  | Wenn ja, welches Sozialamt; |       | Telefon:      |
| Straße:      | PLZ/Ort      |

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

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

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