(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 |