

Folgende Leistung wird beantragt:

Vollstationäre Pflege voraussichtlich ab _____

Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

Zimmertyp:

Doppelzimmer

Einzelzimmer

Persönliche Daten:

Name, Vorname _____

Geburtsname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Familienstand _____ Konfession _____

Angehörige / Bekannte:

Ansprechpartner 1:

Name, Vorname _____ Mobil _____

Straße / Nr. _____ Telefon (privat) _____

PLZ / Ort _____ E-Mail: _____

Betreuer Vollmacht Wie verwandt _____

Aufgabenkreis (Kopie beilegen):

Gesundheitsvorsorge Vermögensvorsorge Aufenthaltsbestimmung Post Sonstiges

Ansprechpartner 2:

Name, Vorname _____ Mobil _____

Straße / Nr. _____ Telefon (privat) _____

PLZ / Ort _____ E-Mail: _____

Betreuer Vollmacht Wie verwandt _____

Aufgabenkreis (Kopie beilegen):

Gesundheitsvorsorge Vermögensvorsorge Aufenthaltsbestimmung Post Sonstiges

Krankenkasse / Pflegekasse:

Name _____

Versicherten-Nr. _____

Beihilfeberechtigt:

ja nein

Befreiung von Rezeptgebühren (Kopie beilegen):

ja nein

Pflegegrad:

1 2 3 4 5 vorläufig

Inkontinent:

ja nein

Einstufung Höherstufung beantragt am _____

Kostenträger:

Rechnungsempfänger

Name, Vorname _____ E-Mail _____

Straße / Nr. _____ Telefon (privat) _____

PLZ / Ort _____ Telefon (geschäftlich) _____

Sozialamt

Adresse _____

Antrag auf Kostenübernahme ist / wird gestellt am _____

Hausarzt:

Name _____

Telefon _____ Fax _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Hausarzt nach Aufnahme (falls Hausarztwechsel nach Umzug notwendig):

Name _____

Telefon _____ Fax _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Sollten Sie kein Interesse am Pflegeplatz haben, informieren Sie uns bitte zeitnah.