|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wohnen mit Service | | |  | Rundum-Pflege | | |  | | Solitäre Kurzzeitpflege | | |
|  |  | | |  |  | | | von | |  | bis |  |
|  |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| **Persönliche Daten** | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname | | |  | | | Geburtsname | | |  | | | |
| Geburtsdatum | | |  | | | Geburtsort | | |  | | | |
| Straße, PLZ, Ort | | |  | | | | | | | | | |
| Telefon | | |  | | | E-Mail | | |  | | | |
| Früherer Beruf | | |  | | | Familienstand | | |  | | | |
| Staatsangehörigkeit | | |  | | | Konfession | | |  | | | |
| Vorname Ehegatte | | |  | | | Früherer Beruf  Ehegatte | | |  | | | |
|  | | |  | | | am | | |  | | | |
| Krankenkasse | | |  | | | Mitgliedsnummer | | |  | | | |
|  | | Gesetzlich versichert | | | |  | Privat versichert | | | | | |
| Pflegekasse | | |  | | | Pflegegrad | | |  | | | |
| Hausarzt  (Name, Adresse, Telefonnummer) | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Weitere Angaben** | | | | | | | | | | | | |
|  | Altersrente | | |  | | Witwenrente | |  | | Pension | | |
|  | Betriebsrente | | |  | | Sonstige Renten (z.B. Opferrenten) | |  | | Blindengeld | | |
| Monatliche Gesamteinkünfte | | | |  | | | | | | | | |
| Vermögen, Ersparnisse | | | |  | | | |  | | Selbstzahler | | |
|  | Wohnungseigentum | | |  | | Leistungen der Sozialhilfe | |  | | Beihilfeberechtigung | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Nächste Angehörige** | | | | | | | | | | | | |
| Name, Anschrift, E-Mail und Telefonnummer | | | |  | | | | | | | | |
|  | Bevollmächtigt | | |  | | Rechnungsempfänger | |  | |  | | |
| Name, Anschrift, E-Mail und Telefonnummer | | | |  | | | | | | | | |
|  | Bevollmächtigt | | |  | | Rechnungsempfänger | |  | |  | | |
| Patientenverfügung | |  | Ja |  | Nein |  | |  |  |  |  |  |
| Bitte reichen Sie **vor** Einzug Kopien der obigen Dokumente ein. | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | |
| Datum, Ort | | | | Unterschrift | | | | | | | | |
|  | | | | Interessent oder gesetzliche Vertretung ( Bevollmächtigter, Betreuer) | | | | | | | | |

**Hinweis: Dieses Dokument ist nur mit Unterschrift gültig.**