|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 BerufEhegatte |  |
|  |  | 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.**