

_____ (Datum)

- Elisabethenheim**
- Stationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- Betreutes Wohnen

- Bethesda**
- Stationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Betreutes Wohnen

- Wohngruppe Buggingen**

- Pflegeheim Sulzburg**
- Stationäre Pflege
- Kurzzeitpflege

- Haus am Köhlgartenring**
- Stationäre Pflege
- Kurzzeitpflege

Stammdaten

Name Vorname

Straße / Nr. Telefon

PLZ Wohnort (evtl. Ortsteil)Konfession

Geb. am in Geb. Name

Allein lebend / ledig / verh. / oder seit verw./gesch.

Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus oder)

Gewünschte Termine noch offen

stationäre Aufnahme/Kurzzeitpflege zum bis.....

Die Tagespflege soll beginnen am.....

Versicherungsverhältnisse

Kranken-/Pflegeversicherung besteht bei.....

Versicherungs-Nr.:

Besteht eine Beihilfe-Berechtigung ja nein

Pflegegrad 0 / I / II / III / IV / V

Antrag auf Begutachtung wurde gestellt ja am/ nein

Besteht Befreiung von Zuzahlungen ja nein **(Bitte Karte vorlegen)**
beantragt: ja nein

Anmerkungen

Kontakttelefonnummer/name: _____

Hausarzt

NameStraße/Nr.

PLZ WohnortTelefon/.....

Fachärzte

Facharzt für:

NameTelefon/.....

Ansprechpartner Sohn / Tochter / oder

Name (zuständig).....Vorname

Straße/Nr.Telefon.....

PLZ Wohnort

Rechnungsadresse (falls abweichend von Ansprechpartner)

NameVorname

Straße/Nr..... Telefon... ..

PLZ Wohnort

Betreuung / Vorsorgevollmacht

NameVorname

Straße/Nr.Telefon.....

PLZ Wohnort

Bitte um Vorlage des Betreuer-Ausweis, bzw. der Vorsorgevollmacht bei Aufnahme

.....

Datum:.....

Unterschrift.....
Ggf. Betreuer