



ST. RAPHAEL



Persönliche Angaben

Familienname

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Eheschließung: Wann

Wo

Konfession

Staatsangehörigkeit

Beruf

Erlern

Zuletzt ausgeübt

Letzter Wohnsitz

PLZ/Ort

Straße

Telefon

Fax

Derzeitiger Aufenthalt?

(Bitte nur ausfüllen, wenn Sie sich zur Zeit nicht an Ihrem Wohnsitz aufhalten, sondern z.B. bei Verwandten, im Krankenhaus oder in sonstigen Einrichtungen)

Wo

Name

PLZ/Ort

Straße

Telefon

Fax

BezugspersonGesetzlicher Betreuer für Vermögen Finanzen Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge

Beschuß durch das Amtsgericht

Aktenzeichen

Ausstellungsdatum Befristet bis

Name Vorname

Geburtsdatum

PLZ/Ort Straße

Telefon Fax

Bemerkungen

Angehörige / Kontaktpersonen

(Bitte geben Sie mit der Reihenfolge der Eintragungen an, wer von Ihren Angehörigen, von uns bevorzugt angesprochen werden soll. Unter Kontaktart geben Sie bitte z.B. das Verwandtschaftsverhältnis oder Nachbarin, Freund usw. an.)

Kontakt 1

Name Vorname

Geburtsdatum Kontaktart

PLZ/Ort Straße

Telefon Fax

Kontakt 2

Name Vorname

Geburtsdatum Kontaktart

PLZ/Ort Straße

Telefon Fax

Kontakt 3

Name Vorname

Geburtsdatum Kontaktart

PLZ/Ort Straße

Telefon Fax

Bemerkungen

Befreiungen

Sie sind befreit von

Rezeptgebühren ja nein Wenn ja, bis wannFernseh- bzw. Rundfunkgebühren ja neinKrankentransporten ja nein

Sonstiges

Ausweise

Schwerbehindertenausweisnr. Gültig bis

Personalausweisnr. Gültig bis

Bemerkungen

Hausarzt

Name

PLZ/Ort

Straße

Telefon

Fax

Krankenkasse / Pflegekasse

Name

PLZ/Ort

Straße

Telefon

Fax

Mitgliedsnr.

Haben Sie bereits eine Pflegeeinstufung der Pflegekasse?

 ja nein Wenn ja, Pflegestufe*Bitte Kopie des Einstufungsbescheids beifügen!*

Bemerkungen

Angaben zur Finanzierung Zuzahlung erfolgt aus dem laufenden Einkommen (Renten). Zuzahlung erfolgt aus dem Barvermögen (Sparbuch oder Bankguthaben). Zuzahlung erfolgt durch das zuständige Sozialamt:*Der Antrag muß im voraus von der betreffenden Person gestellt werden, bitte Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen.*

Termin Dauerpflege

Für wann wird die Heimaufnahme gewünscht

 Einzelzimmer Doppelzimmer Kurzzeitpflege

Für welchen Zeitraum ist die Pflege vorgesehen

von

bis

*Bei der Heimaufnahme bitte mitbringen: Geburts-, Heirats- oder Sterbeurkunde des Ehepartners!***Hinweise, Bemerkungen oder Ergänzungen:***(z. B. eigene Möblierung, Wünsche zur Aufnahme, Sterbefallregelung etc.)*

.....

.....

.....

.....

.....

Ich / wir versichern, daß alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen und möglichst vollständig beantwortet wurden.

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....

Wenn der Antrag nicht von der aufzunehmenden Person gestellt wird, bitte auch Anschrift der Antragstellerin, bzw. des Antragstellers angeben.

Name

.....

Vorname

.....

PLZ/Ort

.....

Straße

.....

Unterschrift

.....