



ST. RAPHAEL



**Persönliche Angaben**

Familienname .....

Geburtsname .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geburtsort .....

Familienstand .....

Eheschließung: Wann .....

Wo .....

Konfession .....

Staatsangehörigkeit .....

**Beruf**

Erlern .....

Zuletzt ausgeübt .....

**Adresse**

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 .....

Bemerkungen .....

.....

**Bezugsperson**Gesetzlicher 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 wann .....Krankentransporten  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 durch das zuständige Sozialamt: .....*Der Antrag muß im voraus von der betreffenden Person gestellt werden, bitte Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen.*

**Termin**

Ab wann ist die Tagesbetreuung gewünscht .....

An welchen Tagen  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Samstag

**Sonstiges**

Erhalten Sie Betreuung oder Pflege auch durch andere Institutionen, z. B. Sozialstation, Essen auf Rädern, Verwandte, Nachbarn?

ja  nein Wenn ja, welche .....

.....

.....

Ist irgendwo ein Wohnungs-/Hausschlüssel für Sie hinterlegt?

ja  nein Wenn ja, wo .....

.....

.....

**Hinweise, Bemerkungen oder Ergänzungen:**

.....

.....

.....

.....

.....

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 .....

Unterschrift .....