

<input type="checkbox"/> <b>vollstationäre Pflege</b>	<b>ab</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b>	<b>vom</b>	<b>bis</b>
<input type="checkbox"/> <b>Verhinderungspflege</b>	<b>vom</b>	<b>bis</b>

<b>1. Name, Geburtsname, Vorname</b>		
<b>2. Adresse</b>	Straße, PLZ, Ort	
<b>3. Derzeitiger Aufenthalt</b>		
<b>4. Geburtsdaten</b>	Geburtsdatum	Geburtsort
<b>5. Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> <b>verheiratet</b> <input type="checkbox"/> <b>verwitwet</b> <input type="checkbox"/> <b>geschieden</b> <input type="checkbox"/> <b>ledig</b>	
<b>6. Konfession</b>		
<b>7. Staatsangehörigkeit</b>		
<b>8. Angehörige</b>	Name, Vorname	wie verwandt
	Straße, PLZ, Ort	
	Telefon privat (Festnetz, mobil)	
	Telefon dienstlich (Festnetz, mobil)	
	E-Mail	
	Name, Vorname	wie verwandt
	Straße, PLZ, Ort	
	Telefon privat (Festnetz, mobil)	
	Telefon dienstlich (Festnetz, mobil)	
	E-Mail	

<b>9. Betreuer nach</b>	Name, Vorname	
<b>Betreuungsrecht</b>	Straße, PLZ, Ort	
Bitte Kopie Betreuerausweis beilegen !	Telefon (Festnetz, Mobil)	
	Name, Vorname	
	Straße, PLZ, Ort	
	Telefon (Festnetz, Mobil)	
Wirkungskreis der Betreuung	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege	
<b>10. Vorsorgevollmacht</b>	Name, Vorname	
	Straße, PLZ, Ort	
Bitte Kopie der Vollmacht beilegen !	Telefon (Festnetz, Mobil)	
	Name, Vorname	
	Straße, PLZ, Ort	
	Telefon (Festnetz, Mobil)	
<b>11. Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte Kopie der Patientenverfügung beilegen!
<b>12. Hausarzt</b>	Name	
	Straße, PLZ, Ort	Telefon
<b>13. Kranken – bzw. Pflegekasse</b>	Versichertennummer	
<b>15. Pflegegrad</b> (Bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5	
<b>16. Zuzahlungsbefreit</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte Kopie Befreiungsausweis beilegen!
<b>17. Kostenträger</b>	<b>Wird Unterstützung von Sozialhilfeleistungen bezogen oder beantragt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	ab wann	wo
<b>18. Hinweise für die Einrichtung</b>	<input type="checkbox"/> Diabetiker/in <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> künstliche Ernährung <input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> Lauftendenz <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<b>19. Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehstock	
<b>20. Sonstiges</b>	<input type="checkbox"/> Wäsche im Haus waschen <input type="checkbox"/> Wäsche wird von den Angehörigen gewaschen	
	<input type="checkbox"/> Taschengeldkonto <input type="checkbox"/> Telefon	

Ort und Datum

Unterschrift des Bewohners oder Bevollmächtigten