

WB: _____ Zi.Nr: _____

Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

Langzeitpflege ab: _____

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsname: _____ **Geburtsort:** _____

Geburtsdatum: _____ **Familienstand:** _____

Konfession/Religion: _____ **Staatsangehörigkeit:** _____

Adresse (Straße / Ort): _____

Angehörige (Name, Adresse, Telefonnummer):

Besteht eine gesetzliche Betreuung oder liegt eine **Vollmacht** vor? ja nein

Name, Vorname und Telefonnummer des **Betreuers** bzw. des bevollmächtigten Vertreters:

Liegt eine **Patientenverfügung** vor? ja nein

Kostenträger: Selbstzahler Bezirk beantragen aufgeklärt bzgl. Kosten _____

Hausarzt: _____
Name / Adresse / Telefonnummer / Faxnummer

Fachärzte: _____
z. B. Neurologe, Hautarzt, Augenarzt etc.

Krankenversicherung: _____

Versichertennummer: _____

Pflegegrad: _____ Schnelleinstufung im KH erfolgt ja nein

Zuzahlungsbefreiung ja bis: _____ nein beantragt ja nein

Rundfunkgebührenbefreiung ja bis: _____ nein an-/abgemeldet ja nein

Schwerbehindertenausweis: vorhanden muss beantragt werden nicht gewünscht

Bei Kurzzeitpflege: Wäscheversorgung erfolgt im Heim ja nein

Mengkofen, den _____ Unterschrift: _____

Mengkofen, den _____ Unterschrift: _____

Tag des Ausscheidens aus der Einrichtung: _____

Grund des Ausscheidens aus der Einrichtung: _____