



1. Grunddaten		Kundennummer:	
Name:		Familienstand:	
Vorname:		Geburtsname:	
Straße:		Geburtsdatum:	
PLZ, Ort:		Geburtsort:	
Telefon:		Konfession:	
Krankenkasse:		Pflegegrad:	
Versicherungsnummer:		Derzeitiger Aufenthalt:	
Status:			
Zuzahlungsbefreiung:			

2. Art des Antrages			
<input type="checkbox"/>	Essen auf Rädern	Beginn:	
<input type="checkbox"/>	Ambulante Pflege	Beginn:	
<input type="checkbox"/>	Altersgerechtes Wohnen (WSZ)	Beginn:	
<input type="checkbox"/>	Tagespflege	Beginn:	
<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege	Beginn:	
<input type="checkbox"/>	Vollstationäre Pflege	Beginn:	
		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer

3. Angaben zur Bezugsperson / zu Angehörigen					
Name	Anschrift / Telefon	Beziehungsart	Verständigung bei Krankheit/ Tod	Rechnungsempfänger	Vollmacht/ Betreuung* (Bitte Kopie beilegen)
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ist vorhanden <input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden					
Betreungsverhältnis: <input type="checkbox"/> Betreuung muss angeregt werden <input type="checkbox"/> Betreuung ist vorhanden					
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden, wird erstellt <input type="checkbox"/> ist vorhanden					



4. Medizinische Betreuung		
	Name	Anschrift/ Telefon
Hausarzt		
Zahnarzt		
Facharzt		Arzt für:
Facharzt		Arzt für:
Facharzt		Arzt für:
Therapeut		

5. Finanzielle Angelegenheiten	* freiwillige Angabe
Monatliches Einkommen* (bitte Kopie Rentenbescheid beilegen):	
Übernahme der Leistungskosten durch:	
Wird Wohngeld oder Sozialhilfe in Anspruch genommen?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Bestattungsinstitut
Name:
Anschrift:
Telefon:

7. Gesprächsnotiz / aktueller Gesundheitszustand / Versorgungslage

- Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir diese Selbstausskunft nach besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe/n.
- Die vorvertraglichen und konkreten Informationen wurden mir ausgehändigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Antragsteller

.....  
Bevollmächtigter

Aufnahme der Daten am/ durch: