|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Wählen Sie ein Element aus.   Anmeldung  Vormerkung  Geplanter Termin: | Pflegeheim  Tagespflege  Betreutes Wohnen  Kurzzeitpflege | Nur Einzelzimmer  Möglichst Einzelzimmer  Doppelzimmer |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Geburtsdatum | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Nachname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Geburtsort | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Geb.- Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Konfession | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Straße, Hausnr. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Familienstand | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| PLZ, Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Staatsangehörigkeit | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Derzeitiger  Aufenthalt | Krankenhaus  Pflegeheim | Zu Hause | | Hausarzt, Ort | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Angehörige (in der Reihenfolge der Zuständigkeit)** | | | | | | | | |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Telefon | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Nachname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Mobil | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Beziehung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | E- Mail- Adresse | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Straße, Hausnr. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | PLZ, Ort | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Telefon | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Nachname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Mobil | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Beziehung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | E- Mail- Adresse | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Straße, Hausnr. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | PLZ, Ort | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Telefon | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Nachname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Mobil | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Beziehung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | E- Mail- Adresse | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Straße, Hausnr. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | PLZ, Ort | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Gesetzl. Betreuer/Vollmachtsinhaber** | | | | | | | | |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Straße, Hausnr. | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Nachname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | PLZ, Ort | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Bestellung | Vollmacht/ Verfügung | | | gerichtlich | | |  | |
| **Kostenträger** | | | | | | | | |
| Krankenkasse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Vers.-Nr. | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Pflegegrad | 1 | | 2 | | 3 | 4 | | 5 |
| Nicht vorhanden | | | Beantragt am | | |  | |
| Wird Sozialhilfe beantragt? | Nein | | | Ja | | | Falls ja, welches Amt? | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
|  | | | | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers | | | | | | | |