

Name: _____ Vorname(n) _____ Geb. Datum: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort/Kreis: _____

Wohnhaft in: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Angehörige/Bezugspersonen oder Betreuer (Betreuerausweis beilegen):

A: Vor- und Zuname: _____ Rechnungsempfänger

Straße: _____ ☎ privat: _____

PLZ / Ort: _____ ☎ mobil: _____

Verw. Grad: _____ ✉ Mail: _____

B: Vor- und Zuname: _____ Rechnungsempfänger

Straße: _____ ☎ privat: _____

PLZ / Ort: _____ ☎ mobil: _____

Verw. Grad: _____ ✉ Mail: _____

Vollmachten:

Es bestehen Vollmachten: nein ja, welche: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Übernimmt der Hausarzt die Versorgung vor Ort, incl. Hausbesuchen: ja nein

Ist ein Arztwechsel zur betreuenden Gemeinschaftspraxis gewünscht? ja nein

Pflegekasse

Name: _____ gesetzl. private Pflegeversicherung

Vers.Nr.: _____ sind sie Beihilfeberechtigt?

Wurden dieses Jahr schon Leistungen der KZP/VHP in Anspruch genommen: ja nein

Welcher Pflegegrad wurde seitens des MDK festgestellt? PG _____, noch keiner

Angaben zur Deckung der Heimkosten:

Einkünfte/Vermögen reicht zur Deckung der Heimkosten aus: ja nein

Muss unterstützendes Pflegegeld beim Sozialamt beantragt werden: ja nein

Termin zur Heimaufnahme:

ab wann: _____ zur KZP / VHP vollstationäre Aufnahme

Welcher Bereich trifft zu allgemeiner Bereich dementieller Bereich (keine Immobilität)

Das Informationsblatt nach § 3 WBVG ist mir ausgehändigt worden.

Ich bin über das Leistungsangebot und die Leistungsinhalte der Einrichtung informiert worden.

Ort, Datum

Unterschrift