

## ANMELDUNG FÜR DEN PFLEGEBEREICH

vollstationäre Aufnahme     Kurzzeitpflege     dringend     vorsorglich     Aufnahme am \_\_\_\_\_

### Antragsteller

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Aufenthalt z. Zt. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Pflegekasse \_\_\_\_\_ Sozialamt  nein     ja  
Pflegegrad \_\_\_\_\_

### Angehörige

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Wirkungskreis  Vermögen     Behörden     Gesundheit     Aufenthalt     sonstiges

### Hausarzt

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_