

Stationäre Pflege**Erstanmeldung**

Name, Vorname: _____ geborene: _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

derzeitiger Aufenthaltsort: ☐ zu Hause☐ Sonstige☐ Krankenhaus

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit: _____**Angehörige**

Name, Vorname: _____ verwandt: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ verwandt: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

☐ **Vorsorgevollmacht**

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

☐ **Betreuer**

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Personenfürsorge ☐ Vermögenssorge☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Postvollmacht



Stationäre Pflege

Hausarzt: _____

Diagnosen: _____

Fachärzte: _____

gewünschter Aufnahmetermin: _____

Hinweise/Ergänzungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/gesetzl. Vertreter