

Aufnahme/Vertragsbeginn \_\_\_\_\_

Debitorennr.: \_\_\_\_\_

- Datenerfassung für**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seniorenwohnen                     | <input type="checkbox"/> ambulante Versorgung      |
| <input type="checkbox"/> Beschützte Wohngruppe Danubius     | <input type="checkbox"/> Offene Wohngruppe Almonis |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege                        | <input type="checkbox"/> Intensivpflege            |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege Zeitraum _____ |  |

Name \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Eheschließ.am/in \_\_\_\_\_

Geb.-name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Geb.-Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fam.-stand \_\_\_\_\_

erlernter Beruf \_\_\_\_\_

Angehörige

Name	_____	wie verwandt?	_____
Anschrift	_____		
Telefon	_____	Mobil	_____
E-Mail	_____		
Betreuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Amtsgericht:	_____	Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angehörige

Name	_____	wie verwandt?	_____
Anschrift	_____		
Telefon	_____	Mobil	_____
E-Mail	_____		
Betreuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Amtsgericht:	_____	Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hausarzt

Name/Anschrift	_____
Telefon/Fax	_____

Kranken-/Pflegekasse

Name/Anschrift	_____	
Versichertennummer	_____	Rezeptgebührenbefreit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Pflegegrade

1   2   3   4   5 seit _____	Ein-/Höherstufung beantr. am: _____
	beantr. durch: _____

Kostenträger

<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen und/oder Rücklagen	<input type="checkbox"/> Leistungen aus der Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Sozialverwaltung des: _____	<input type="checkbox"/> beantr. am: _____

Mir ist bekannt und mit meiner Unterschrift gebe ich die Zustimmung, dass meine persönlichen Daten, soweit sie dem Haus bekannt gegeben worden sind, gespeichert und verwendet werden dürfen.  
Ich erkläre hiermit außerdem, dass für Hauskosten und Lebenshaltungskosten ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_