

Aufnahme/Vertragsbeginn \_\_\_\_\_ Debitorenr.: \_\_\_\_\_

- 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 _____	Staatsangeh.keit _____
Geb.-name _____	Straße _____
Geb. am _____	Wohnort _____
Geb.-Ort _____	Telefon _____
Fam.-stand _____	erlernter Beruf _____

Angehörige/ Betreuer	Name _____	wie verwandt? _____
	Anschrift _____	
	Telefon _____	Mobil _____
	EMail _____	
	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 _____
	EMail _____	
	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 _____

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: _____

Covid 19 vollständig geimpft?  ja  nein

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 \_\_\_\_\_