



<b>derzeitiger Aufenthalt</b>	
Name ggf. Einrichtung:	
Straße, Haus-Nr:	
PLZ / Ort:	
<b>Nächste Angehörige / Bezugspersonen</b>	
1.Name:	Vorname:
Straße, Haus-Nr:	
PLZ / Ort:	
Bezug:	
Telefon Festnetz:	Telefon Mobil:
2. Name:	Vorname:
Straße, Haus-Nr:	
PLZ / Ort: :	
Bezug:	
Telefon Festnetz:	Telefon Mobil
3.Name:	Vorname:
Straße, Haus-Nr:	
PLZ / Ort:	
Bezug:	
Telefon Festnetz:	Telefon Mobil
<b>gesetzliche Vertreter</b>	
Betreuung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> am:
Umfang der Betreuung:	
Vorsorgevollmacht	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
1. Name:	Vorname:

Straße, Haus-Nr	
PLZ / Ort:	
Telefon Festnetz:	Telefax
Telefon Mobil:	E-mail:
2. Name:	Vorname:
Straße, Haus-Nr	
PLZ / Ort	
Telefon Festnetz:	Telefax
Telefon Mobil:	E-mail:
<b>Krankenversicherung</b>	gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:	Mitgliedsnummer:
<b>Beihilfeberechtigung</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beihilfestelle:	Mitgliedsnummer:
<b>Pflegeversicherung</b>	gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>
Pflegekasse:	Mitgliedsnummer:
<b>Grad der Pflegebedürftigkeit</b>	
Pflegegrad aktuell:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Pflegegrad / Überprüfung beantragt am:	
Kostenübernahme vollstationäre Pflege:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/>
<b>Hausarzt</b>	
Name :	Vorname:
Straße, Haus-Nr:	
PLZ / Ort:	
Telefon Festnetz:	Telefax

<b>Unterbringungswunsch</b>		Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
Sind Sie bereit übergangsweise in ein Doppelzimmer einzuziehen, falls aktuell kein Einzelzimmer frei ist?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
gewünschter Einzugstermin:			
<b>Finanzierung</b>			
eigene Rente, durch:		Betrag €	
Witwenrente, durch:		Betrag €	
sonstige Renten, durch:		Betrag €	
sonstiges Einkommen:		Betrag €	
Vermögen:		Betrag €	
<b>Antragsteller</b>			
Name:		Vorname:	
Straße, Haus-Nr			
PLZ / Ort:			
Bezug:			
Telefon Festnetz:		Telefax:	
Telefon Mobil:		E-mail:	
Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:			
<p>Alle von mir gemachten Angaben sind korrekt und entsprechen den Tatsachen. Falls Veränderungen eintreten oder eine Heimaufnahme nicht mehr notwendig ist, werde ich das Gericusstift diesbezüglich informieren.</p>			
Ort / Datum:		Unterschrift	