

\_\_\_\_\_ (Datum)

- Elisabethenheim**
- Stationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- Betreutes Wohnen

- Bethesda**
- Stationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Betreutes Wohnen

- Wohngruppe Buggingen**

- Pflegeheim Sulzburg**
- Stationäre Pflege
- Kurzzeitpflege

- Haus am Köhlgartenring**
- Stationäre Pflege
- Kurzzeitpflege

**Stammdaten**

Name ..... Vorname .....

Straße / Nr. .... Telefon .....

**PLZ** Wohnort (evtl. Ortsteil) .....Konfession .....

Geb. am ..... in ..... Geb. Name .....

Allein lebend / ledig / verh. / oder seit ..... verw./gesch.

Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus oder) .....

**Gewünschte Termine**  noch offen

stationäre Aufnahme/Kurzzeitpflege zum ..... bis.....

Die Tagespflege soll beginnen am.....

**Versicherungsverhältnisse**

Kranken-/Pflegeversicherung besteht bei.....

Versicherungs-Nr.: .....

Besteht eine Beihilfe-Berechtigung  **ja**  **nein**

**Pflegegrad 0 / I / II / III / IV / V**

Antrag auf Begutachtung wurde gestellt **ja** am ...../ **nein**

Besteht Befreiung von Zuzahlungen  **ja**  **nein** (**Bitte Karte vorlegen**)  
beantragt:  **ja**  **nein**

Anmerkungen

---

---

---

Kontakttelefonnummer/name: \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name .....Straße/Nr. ....

**PLZ** Wohnort .....Telefon ...../.....

**Fachärzte**

Facharzt für: .....

Name .....Telefon ...../.....

**Ansprechpartner Sohn / Tochter / oder** .....

Name (zuständig).....Vorname .....

Straße/Nr. ....Telefon.....

PLZ Wohnort .....

**Rechnungsadresse** (falls abweichend von Ansprechpartner)

Name .....Vorname .....

Straße/Nr..... Telefon... ..

PLZ Wohnort .....

**Betreuung / Vorsorgevollmacht**

Name .....Vorname .....

Straße/Nr. ....Telefon.....

PLZ Wohnort .....

Bitte um Vorlage des Betreuer-Ausweis, bzw. der Vorsorgevollmacht bei Aufnahme

.....

Datum:.....

Unterschrift.....  
Ggf. Betreuer