



**Ansprechpartner\*innen**

**Angehörige**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

**Vorsorgevollmacht und Betreuung**

Vorsorgevollmacht  ja  nein

Betreuung  ja  nein

**Betreuer\*in/bevollmächtigte Person**

**Person 1**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

**Person 2**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

**Die jeweilige Betreuung/Vollmacht erstreckt sich auf:**

alle Angelegenheiten

.....

.....

alle Angelegenheiten

.....

.....

**Angaben zum Kostenträger**

**Selbstzahler**  ja  nein

**Rechnungsempfänger:** .....  
.....

---

**„Hilfe zur Pflege“ gemäß §61 SGB XI – Inanspruchnahme von Sozialhilfe**

beantragt:  ja am: .....  nein

genehmigt:  ja am: .....  nein

zuständiges Sozialamt: .....

---

**Angaben zum Versichertenstatus**

Gesetzliche Krankenversicherung  Private Krankenversicherung

Krankenkasse: .....

Ort: .....

Versichertennummer: .....

IK-Nr. der Krankenkasse: .....

---

**Angaben zur Zuzahlungsbefreiung**

Arznei- und Verbandmittel:  ja  nein bis: .....

Heilmittel:  ja  nein bis: .....

Hilfsmittel:  ja  nein bis: .....

Krankenhausbehandlung:  ja  nein bis: .....

Fahrtkosten:  ja  nein bis: .....

**Gesundheitsfragen**

**Impfpass**  ja  nein **Diabetikerpass**  ja  nein

**Allergiepass**  ja  nein **Schrittmacherausweis**  ja  nein

**Schwerbehindertenausweis:**  ja  nein **besondere Merkmale:**  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

**Patientenverfügung:**  ja  nein

**Pflegerischer Fragebogen?**  ja  nein

**Ärztlicher Fragebogen?**  ja  nein

---

**Hausarztpraxis** .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

Hausbesuch:  ja  nein

Hausarztwechsel erforderlich:  ja  nein

---

**Facharztpraxis** .....

Fachrichtung: .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

**Facharztpraxis** .....

Fachrichtung: .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

---

**Zahnarztpraxis** .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

jährliche Vorsorge gewünscht:  ja  nein

---

**Welche Hilfsmittel sind vorhanden und werden mitgebracht?**

**Zahnprothese(n)**  ja  nein **Brille**  ja  nein

**Hörgeräte**  ja  nein **Gehstock**  ja  nein

**Sonstige:** .....

**Rollator:**  ja  nein

Eigentümer: .....

Seriennummer: .....

geliefert von: .....

**Rollstuhl:**  ja  nein

Eigentümer: .....

Seriennummer: .....

geliefert von: .....

**Angaben zur Bestattungsvorsorge**

Wurde bereits ein Bestattungsinstitut ausgewählt?  ja  nein

Ist dieses bereits beauftragt?  ja  nein

**Kontaktdaten zum Bestattungsinstitut**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

**Sonstige Angaben**

Raucher  ja  nein

Fußpflege\* gewünscht  ja  nein

Kosmetische Fußpflege\*  ja  nein

Medizinische Fußpflege\*  ja  nein

Podologie\*  ja  nein

Eigene Fußpflege vorhanden/Hausbesuch  ja  nein

Friseur\*  ja  nein

Wäschekennzeichnung  ja  nein

Verwahrgeldkonto einrichten\*\*  ja  nein

Post dem/der Bewohner\*in selbst aushändigen?  ja  nein

Post im Nachttisch deponieren?  ja  nein

Post zusenden  ja  nein

\* Leistungen sind kostenpflichtig und werden separat von dem/der Dienstleister\*in in Rechnung gestellt

\*\* Kosten gemäß Heimvertrag

**Anmerkungen, Wünsche:** .....

.....

.....

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des/der Anmeldenden