

Interessent

Vor- und Zuname & evtl. Geburtsname	Geburtsdatum/ Geburtsort
Adresse Strasse	Ort
Telefon	Familienstand/ Konfession/ Staatsangehörigkeit

Angehörige

a.) Name, Vorname	Adresse Strasse u. Ort
Telefon	Verwandtschaftsverhältnis? /Vollmacht?
b.) Name, Vorname	Adresse Strasse u. Ort
Telefon	Verwandtschaftsverhältnis? /Vollmacht?

Betreuer (gerichtlich)

Name / Vorname	Ort und Strasse
Telefon	Wirkungskreis

Hausarzt

Name/ Vorname	Telefon
Adresse	Facharzttrichtung?

Krankenkasse

Name/	Adresse Straße	Ort
Telefon	Pflegegrad, seit wann	Versicherungsnummer

Kostenträger

Wird Sozialhilfe beantragt?? ja/nein	Bei ja, Adresse und Telefonnummer des zuständigen Sozialamtes
Rechnungsempfänger?	Postempfänger?

Unterbringung

Einzelzimmer / Doppelzimmer	Unterbringungsbeschluss ?	Einzug geplant ab wann
-----------------------------	---------------------------	------------------------

Ort, Datum

Unterschrift

Von der Verwaltung auszufüllen:

Tag der Aufnahme/ Zimmer/ Vollst.-Kzpfll- Datum von-bis	Besonderheiten
Hinweise	Krankengeschichte