

**Antrag zur Aufnahme ab:** \_\_\_\_\_

<b>Vor- und Nachname:</b>			
	Vor- und Nachname		Geburtsname
<b>Adresse:</b>			
	Straße/Hausnummer		PLZ/Ort
<b>Geburtsdaten/-ort:</b>			
	Geburtsdatum		Geburtsort
<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
<b>Sonstiges:</b>			
	Konfession		Nationalität
<b>Angehörige:</b>			
	Name/Vorname		Verwandtschaftsgrad
	Straße/Hausnummer		PLZ/Ort
	Telefon	E-Mail	Mobil
<b>Betreuer/ Bevollmächtigte:</b>			
	Name/Vorname		Verwandtschaftsgrad
	Straße/Hausnummer		PLZ/Ort
	Telefon	E-Mail	Mobil
<b>Rechnungsempfänger:</b>			
	Name/Vorname		Verwandtschaftsgrad
	Straße/Hausnummer		PLZ/Ort
	Telefon	E-Mail	Mobil
<b>Kranken- und Pflegekasse:</b>			
	Name der Kasse	Versichertennummer	Pflegegrad

<b>Hausarzt:</b>			
	Name/Vorname	Telefon	Fax
	Straße/Hausnummer		PLZ/Ort
<b>Befreiungen:</b>	Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fahrtkostenbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Kosten werden aufgebracht durch:</b>	<input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen <input type="checkbox"/> Sozialamt <div style="text-align: right;">Antrag gestellt am:</div>		
<b>Hinweise/ Ergänzungen:</b>			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter