

Antrag zur Aufnahme ab:

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

| | | | |
|---|--|--|---|
| Hausarzt: | | | |
| | Name/Vorname | Telefon | Fax |
| Straße/Hausnummer | | PLZ/Ort | |
| Befreiungen: | Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Fahrkostenbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kosten werden aufgebracht durch: | <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen <input type="checkbox"/> Sozialamt Antrag gestellt am: | | |
| Corona-Schutz-Impfung: | 1. Impfung <input type="checkbox"/> Ja Wann: | <input type="checkbox"/> Nein | |
| | 2. Impfung <input type="checkbox"/> Ja Wann: | <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn nein, soll eine Impfung erfolgen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hinweise/ Ergänzungen: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift gesetzlicher
Vertreter