



Debitorennummer	Aufenthalt(e)
BC-Nummer	

(wird in der Einrichtung ausgefüllt)

Name	
Ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum/-ort	
Anschrift	
Wohnort	
Geschlecht	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit	
Religionszugehörigkeit	

Pflegegrad (ggf. Pflegekassenbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Pflegeeinstufung seit	
beantragt am	
Höherstufung beantragt am	
Name der Krankenkasse	
Versichertennummer	
Rechnungsempfänger	<input type="checkbox"/> Bewohner/in selbst <input type="checkbox"/> Bezugsperson, Name: _____
Lastschriftmandant gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Art der Aufnahme	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Vollstationäre Aufnahme
-------------------------	---

Name des Hausarztes	
Anschrift	
Telefon	
Fax	
ggf. Name eines Facharztes	
Anschrift	
Telefon	
Fax	



Derzeitiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> in einem Krankenhaus, Name: _____ Telefon: _____ <input type="checkbox"/> in einer Pflegeeinrichtung, Name: _____ Telefon: _____
-----------------------------------	---

Name der ersten Bezugsperson bzw. des gesetzl. Betreuers/der gesetzl. Betreuerin	
Beziehung zum Bewohner/zur Bewohnerin	
Anschrift	
Wohnort	
Telefon	
Mail	
ggf. Name einer weiteren Bezugsperson	
Beziehung zum Bewohner/zur Bewohnerin	
Anschrift	
Wohnort	
Telefon	
Mail	

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie bitte) <input type="checkbox"/> Nein
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie bitte) <input type="checkbox"/> Nein
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie bitte) <input type="checkbox"/> Nein
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie bitte) <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie bitte) <input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenzmaterial nötig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kostenträger	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Fachamt für Soziales, zuständiges Amt: _____
---------------------	---

Ergänzungen:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in