

Namenszu-/ vorsatz: _____ Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Rufname: _____ Pseudonym: _____

Geburtsname: _____ Geschlecht: weiblich () männlich ()

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

Muttersprache: _____ Weitere Sprachen: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Pfarrgemeinde: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort:
(falls abweichend von oben) _____

Bis voraussichtlich: _____

Kranken- / Pflegekasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Beihilfeberechtigt: Ja () Nein ()

Beihilfestelle: _____

Zur Zeit bestehender Pflegegrad: keinen () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Antrag auf Pflegegrad / Erhöhung gestellt: Ja () Nein ()

Wenn ja, am: _____

Mitteilung über die Aufnahme an die StädteRegion Aachen zur Fristwahrung bei Antrag auf Übernahme der ungedeckten Heimkosten

Gewünscht () Nicht gewünscht ()

Hausarzt: Name: _____

Vorname: _____

 Straße:

 Postleitzahl / Ort:

Telefon:

Praxis: _____

Mobil: _____

Privat: _____

Fax: _____

e-Mail: _____

Facharzt für:

 Name:

 Vorname:

 Straße:

 Postleitzahl / Ort:

Telefon:

Praxis: _____

Mobil: _____

Privat: _____

Fax: _____

e-Mail: _____

Betreuung / Vollmacht

1) Gesetzliche Betreuung:

Ja ()

Nein ()

Alle Angelegenheiten: ()

Aufenthaltsbestimmung: ()

Behördenangelegenheiten: ()

Gesundheitssorge: ()

Heimangelegenheiten: ()

Rentenangelegenheiten: ()

Vermögenssorge: ()

Wohnungsangelegenheiten: ()

Sonstige: _____ ()

2) Vollmacht

Ja ()

Nein ()

Name: _____

Vorname: _____

Betreuungsverfügung: ()

Generalvollmacht: ()

Vorsorgevollmacht: ()

Patientenverfügung: ()

Postvollmacht: ()

Bankvollmacht: ()

Sonstige: () _____

3) Regelungen

Ja ()

Nein ()

Notfallregelungen: ()

Bestattungsregelung: ()

Krankensalbung
gewünscht: ()

()

Körperspendeausweis: ()

Organspendeausweis: ()

Testament: ()

Sonstiges: () _____

Bezugspersonen:

1) Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____

Dienstlich: _____ Fax: _____

e-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Gesetzlicher Betreuer: () Bevollmächtigter: ()

2) Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____

Dienstlich: _____ Fax: _____

e-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Gesetzlicher Betreuer: ()

Bevollmächtigter: ()

3) Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____

Dienstlich: _____ Fax: _____

e-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Gesetzlicher Betreuer: ()

Bevollmächtigter: ()

Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer: ()

Doppelzimmer: ()

Vorsorgliche Anmeldung: ()

Dringliche Anmeldung ()

Gewünschter Termin: _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden_____
**Unterschrift des Betreuers oder
Bevollmächtigten**