



Angaben zur Person der/des Bewohners/Bewohnerin

Aufnahmedatum: _____ WB/Zimmer: _____ EZ / DZ qm: _____

Name/Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtstag: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

Hausarzt/Telefon: _____

Pflegekasse: _____

Versichertennummer _____

Befreit von Zuzahl.: _____

Pflegegrad vorl. 1 2 3 4 5 beantragt

Angaben zu

Angehörige Bevollmächtigte Betreuer Sonstige

Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____ dienstl.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Verwandtschaftsgrad: _____