

# Informationen zur Anfrage



Name		Familienstand	
Geburtsname		Religion	
Vorname		Staatsangehörigkeit	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Geburtsdatum			<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Geburtsort		<b>Gewünschte Leistung</b>	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort		Telefon	

Derzeitiger Aufenthalt	
<b>Interesse am Einzug</b>	<input type="checkbox"/> aktuell/kurzfristig <input type="checkbox"/> Voranmeldung für:
Bemerkungen (z.B. zum Krankheitsbild)	
Corona-Impfstatus	<input type="checkbox"/> ungeimpft <input type="checkbox"/> immunisiert: _____

## Angehöriger/Betreuer

Name		Telefon priv.	
Vorname		Telefon gesch.	
Verwandtschaftsgrad		Mobil	
		E-Mail	
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Vollmacht/Betreuung	<input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung		
Bemerkung			

# Informationen zur Anfrage



## Weitere Kontaktperson

Name		Telefon priv.	
Vorname		Telefon gesch.	
Verwandtschaftsgrad		Mobil	
		E-Mail	
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Bemerkung			

## Dokumente/Bescheinigungen

### Krankenversicherungskarte/Rezeptgebührenbefreiung

Krankenkasse		KV-Nr.	
gültig bis		Rezeptgebührenbefr.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Personalausweis

vorhanden  ja  nein

### Schwerbehindertenausweis

vorhanden  ja  nein gültig bis

Merkzeichen

### Patientenverfügung

liegt vor  ja  nein

### Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)

<input type="text"/>
Wird der Arzt die Behandlung weiter übernehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Facharzt (Name, Anschrift, Telefon)

<input type="text"/>
Wird der Arzt die Behandlung weiter übernehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

