

9. Vorsorgevollmacht

Vor- und Zuname: _____

 (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer)

 (Mailadresse) (Telefon)
10. Betreuung

Vor- und Zuname _____

 (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer)

 (Mailadresse) (Telefon)
11. Krankenkasse (oder sonstige Kostenverträge für Arzt , Arznei usw.) _____**12. Mitglieds- Nr.** der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers _____**13. Erhaltene Pflegegrad** **Grad:** _____ **Seit:** _____ **Pflegegrad beantragt** **14. Name des Hausarztes**

 (Titel) (Vor- Zuname) (Telefon)

 (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Fax)
15. Gewünschte Unterbringung Einzelzimmer Doppelzimmer**Termin zur Aufnahme:** _____**Unterbringung im Demenzbereich notwendig:** Ja / nein
 _____, den _____
 (Ort) (Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)_____
(Wenn nicht Personen gleich, auch Unterschrift des Aufzunehmenden)