



Aufnahmebogen

Gewünschte Leistungen:

- Ambulante Pflege ab: _____ Datum _____
- Stundenweise Pflege / Betreuung ab: _____ Datum _____
- Rund um die Uhr Pflege: _____ Datum _____

Leistungsnehmer:

Name Straße Telefon

Vorname PLZ/Ort

Geburtsdatum Derzeitiger Aufenthalt

Hausarzt Krankenkasse Versicherungsnummer

Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen: ja nein beantragt

Einstufung in die Pflegeversicherung: liegt vor, ab _____ in Grad 1 2 3 4 5
 wurde beantragt am _____ wurde nicht beantragt wurde abgelehnt

Angehörige/Nächste Kontaktpersonen:

Name Straße E-Mail

Vorname PLZ/Ort

Telefon Verwandtschaftsverhältnis

Generalvollmacht liegt vor als Betreuer bestellt Bankvollmacht

Rechnungsempfänger für ev. Eigenanteil: _____

Besondere Wünsche / Anmerkungen: _____

Ich bestätige, alle Daten nach bestem Wissen vollständig und richtig angegeben zu haben und bin mit einer Speicherung für ausschließlich verwaltungsinterne Zwecke einverstanden.

Datum, Ort Unterschrift Klient Unterschrift Pflegedienst