



Aufnahmetag:		<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege
		<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/>
Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Fam.-Stand:	
geb. am:		Geburtsort:	
Konfession:		Staatsangeh.:	
Beruf:		Beruf (Ehepartner):	
Anschrift/ Polizeilich gemeldet			
Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus:		
Hausarzt			
Wird die Weiterbehandlung durch den jetzigen Hausarzt gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ist schon eine Pflegebedürftigkeit festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Pflegegrad_____			
Krankenkasse			
Ärztliches Zeugnis über Tbc Test ist vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Liegen körperliche Behinderungen vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,			
Ist das Steigen von Treppen möglich?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Patient häufig bettlägerig?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Monatliches Einkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in Euro:
Art des Einkommens			
Zahlende Stelle			
Vorlage des aktuellen Kontostandes (Kopie)			
Post wird ausgehändigt an	<input type="checkbox"/> HB selbst	<input type="checkbox"/> Postfach	
Bevollmächtigter/ ges. Vertreter			
Kostenträger:			
<input type="checkbox"/> Das angeführte monatliche Einkommen		<input type="checkbox"/> Zahlung aus Barvermögen	
<input type="checkbox"/> Das zuständige Sozialamt in...			
<input type="checkbox"/> Sachbearbeiter...			
Die Kostenpflichterklärung:			
<input type="checkbox"/> liegt bei		<input type="checkbox"/> folgt in den nächsten Tagen	
<input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden		<input type="checkbox"/> wurde beantragt am:	



Angehörige:	
Name	Vorname
Wohnort	Straße
Telefon privat	dienstlich
Mobil	Verwandheitsgrad
E-Mail	
Name	Vorname
Wohnort	Straße
Telefon privat	dienstlich
Mobil	Verwandheitsgrad
E-Mail	
Name	Vorname
Wohnort	Straße
Telefon privat	dienstlich
Mobil	Verwandheitsgrad
E-Mail	

Antragsteller für den Aufzunehmenden	
Name	Vorname
Wohnort	Straße
Ich versichere die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben:	
Koblenz, (Unterschrift)	
Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	