

## Aufnahmeantrag

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Bisheriger Wohnort: \_\_\_\_\_

Momentaner Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

.....  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Seit wann: \_\_\_\_\_

.....  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Momentan betreuender Arzt: \_\_\_\_\_

.....  
Angehörige:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

.....  
Betreuung/General- und Vorsorgevollmacht:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung: ja  nein

.....  
Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_