

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)