

Zeitraum: _____

1. Name (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	_____	
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)	_____	
3. Wohnung (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer) _____ (bei wem?) bei:	
4. Geburtsdaten (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)	_____ (am) (in)	
5. Familienstand: _____	6. Konfession: _____	7. Staatsangehörigkeit: _____
8. Angehörige		
a) _____ (wie verwandt?) (Vor- Zuname)		
_____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)		
_____ (Mailadresse)		
b) _____ (wie verwandt?) (Vor- Zuname)		
_____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)		
_____ (Mailadresse)		
c) _____ (wie verwandt?) (Vor- Zuname)		
_____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)		
_____ (Mailadresse)		
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben.)		

9. Vorsorgevollmacht

Vor- und Zuname: _____

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

(Mailadresse) (Telefon)

Aufgabenbereiche:

Ämter Aufenthaltsbestimmung Unterbringung Gesundheitsfürsorge
freiheitsentziehende Maßnahmen

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 Seit: _____ **Pflegegrad beantragt**

14. Name des Hausarztes

(Titel) (Vor- Zuname) (Telefon)

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

15. Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer Doppelzimmer

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers)

(Wenn nicht Personen gleich, auch Unterschrift des Aufzunehmenden)

Bei Rückfrage:

Frau Wegner- Fröbe, Somsdorfer Straße 1a, 01705 Freital

Telefon: 0351- 65560 0 Fax: 0351- 65560 1515 Email: wegner-froebe@drk-herbstsonne.de