

**Antrag zur Aufnahme ab:**

---

<b>Vor- und Nachname:</b>			
Vor- und Nachname		Geburtsname	
<b>Adresse:</b>			
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
<b>Geburtsdaten/-ort:</b>			
Geburtsdatum		Geburtsort	
<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
<b>Sonstiges:</b>			
Konfession		Nationalität	
<b>Angehörige:</b>			
Name/Vorname		Verwandtschaftsgrad	
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
Telefon	E-Mail	Mobil	
<b>Betreuer/ Bevollmächtigte:</b>			
Name/Vorname		Verwandtschaftsgrad	
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
Telefon	E-Mail	Mobil	
<b>Rechnungsempfänger:</b>			
Name/Vorname		Verwandtschaftsgrad	
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
Telefon	E-Mail	Mobil	
<b>Kranken- und Pflegekasse:</b>			
Name der Kasse		Versichertennummer	Pflegegrad

<b>Hausarzt:</b>			
	Name/Vorname	Telefon	Fax
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
<b>Befreiungen:</b>	Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fahrkostenbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Kosten werden aufgebracht durch:</b>	<input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen <input type="checkbox"/> Sozialamt Antrag gestellt am:		
<b>Corona-Schutz-Impfung:</b>	1. Impfung <input type="checkbox"/> Ja   Wann:	<input type="checkbox"/> Nein	
	2. Impfung <input type="checkbox"/> Ja   Wann:	<input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn nein, soll eine Impfung erfolgen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Hinweise/ Ergänzungen:</b>			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher  
Vertreter