**Antrag zur Aufnahme ab:**

**Vor- und Nachname:**

Vor- und Nachname Geburtsname

**Adresse:**

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

**Geburtsdaten/-ort:**

Geburtsdatum Geburtsort

**Familienstand:** 🞏 ledig 🞏 verheiratet 🞏 verwitwet 🞏 geschieden

**Sonstiges:**

Konfession Nationalität

**Angehörige:**

Name/Vorname Verwandtschaftsgrad

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Telefon E-Mail Mobil

**Betreuer/**

**Bevollmächtigte:**

Name/Vorname Verwandtschaftsgrad

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Telefon E-Mail Mobil

**Rechnungsempfänger:**

Name/Vorname Verwandtschaftsgrad

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Telefon E-Mail Mobil

**Kranken- und**

**Pflegekasse:**

Name der Kasse Versichertennummer Pflegegrad

**Hausarzt:**

Name/Vorname Telefon Fax

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

**Befreiungen:** Zuzahlungsbefreiung Fahrkostenbefreiung Schwerbehindertenausweis

🞏 ja 🞏 nein 🞏 ja 🞏 nein 🞏 ja 🞏 nein

**Kosten werden**

**aufgebracht durch:** 🞏 Pflegekasse 🞏 Rente 🞏 Zuzahlung aus Barvermögen

🞏 Sozialamt Antrag gestellt am:

**Corona-Schutz-Impfung:** 1. Impfung 🞏 Ja Wann: 🞏 Nein

2. Impfung 🞏 Ja Wann: 🞏 Nein

Wenn nein, soll eine Impfung erfolgen? 🞏 Ja 🞏 Nein

**Hinweise/**

**Ergänzungen:**

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller Unterschrift gesetzlicher

Vertreter