

Allgemeine Informationen

Name: Geburtsname: Vorname: Straße:	Angehörige/Betreuer (Name, Straße): Tel.: E-Mail: Bezug zum Bewohner: (Urlaubs-) Vertretung:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Familienstand:
Konfession / Religionszugehörigkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen) ☐ Katholisch ☐ Evangelisch ☐ Islamisch (Muslimisch) ☐ jüdisch ☐ konfessionslos ☐ Sonstige: _____	Aufenthaltsart (Zutreffendes bitte ankreuzen) ☐ Vollstationäre Dauerpflege ☐ Kurzzeitpflege Aufenthaltsort vor dem Einzug (Zutreffendes bitte ankreuzen) ☐ Eigene Häuslichkeit / häusliche Pflege ☐ Krankenhaus ☐ Stationäre Pflegeeinrichtung ☐ Sonstiges: _____
Daten der Krankenversicherung und Pflegekasse: Krankenkasse _____ Mitglieds -Nr.: _____ Beihilfe? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viel in Prozent _____ %?	Besteht eine: - Vollmacht? ☐ Ja ☐ Nein (Kopie beilegen) - Patientenverfügung? ☐ Ja ☐ Nein (Kopie Beilegen)



**Seniorenresidenz
Kierspe - Volmetal
GmbH**

Zuzahlungsbefreiung Krankenkasse vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein <i>(Bei Ja: Kopie beifügen)</i>	Hausarzt: _____ Bevorzugte Apotheke: _____ Bevorzugtes Sanitätshaus: _____
Pflegegrad ☐ beantragt / vorläufig: _____ Bestehender Pflegegrad: ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5 Besonderheiten: _____ Erhöhung des Pflegegrades beantragt: ☐ Ja ☐ Nein. Datum _____	Wurden im laufenden Kalenderjahr Leistungen der Kurzzeitpflege und/oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen? ☐ Ja ☐ Nein Besteht noch ein verbleibender Leistungsanspruch? ☐ Ja ☐ Nein Verfügbarer Restbetrag: _____ € <i>(Bitte bei der zuständigen Pflegekasse erfragen und nach Möglichkeit eine schriftliche Bestätigung vorlegen.)</i>
Rechnungsempfänger: ☐ Bewohner ☐ Angehöriger ☐ Betreuer ☐ Sonstiges: _____	Vertragspartner: <i>(Mehrfachnennung möglich)</i> ☐ Bewohner ☐ Angehöriger ☐ Betreuer ☐ Sonstiges: _____
Sonstige Informationen:	