



PFLEGEDIENST
RAUBER

AM MENSCHEN-FÜR MENSCHEN

**Interesse zum Einzug in die
Wohngemeinschaft der Kocorstraße 4**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geboren am: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Allergien: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Telefonnummer: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

Name der Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Vorsorgebevollmächtigte:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Wirkungskreis: _____

Betreuer (nach Betreuungsrecht):

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Wirkungskreis: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Angehöriger 1:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Patientenverfügung:

Ja

Nein

Vorsorgevollmacht:

Ja

Nein

Gesetzlicher Betreuer:

Ja

Nein

Hausarzt:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse:

Name: _____ Pflegegrad: _____

Versichertennummer: _____

Termin zur Aufnahme:

Wann ist die Aufnahme gewünscht: _____

ansteckende Krankheiten:

MRSA TBC 3 / 4 MRGN Clostridien VRE

Hepatitis AIDS ESBL

andere: _____

wichtige Informationen:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers