

Diakonisches Altenhilfezentrum SLF-RU gGmbH	ANTRAG <input type="radio"/> Stationäre Langzeitpflege <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Tagespflege	<input type="radio"/> Bad Blankenburg <input type="radio"/> Rudolstadt <input type="radio"/> Oberköditz
---	---	---

1. Grunddaten

Name: Vorname:

Geburtsname: Geburtsdatum:

Geburtsort: Staatsangehörigkeit:

Personalausweis gültig bis:

Schwerbeschädigtenausweis: ja nein gültig bis:

Familienstand: seit: Konfession:

Name, Vorname des Ehegatten (auch wenn geschieden oder verstorben):

Einzug aus: Heim Wohnung / Haus / Häuslichkeit

2. Adresse

PLZ: Ort:

Straße/Hausnummer:

Tel.-Nr.:

3. Name der Kinder (bzw. Angehörigen – Angabe des Verwandtschaftsverhältnisses), Anschrift, Telefon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Krankenkasse/Pflegekasse

Name der Krankenkasse/Pflegekasse:

Mitgliedsnummer:

Pflegegrad: seit

Läuft ein Antrag auf Überprüfung des Pflegegrades? ja nein

Wurde Kurzzeitpflege in diesem Jahr schon in Anspruch genommen? ja nein

5. Hausarzt / Facharzt / Pflegedienst

Name: Tel.-Nr.:

Freigabe	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Prokurist	QM Gruppe	1.9		1 von 2

