

## **Aufnahmeantrag zur ambulanten Versorgung**

### persönliche Angaben des Klienten:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_  
ggf. Name des Ehepartners: \_\_\_\_\_  
Religion: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

### aktuelle Anschrift des Klienten:

Straße/ Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Bundesland: \_\_\_\_\_

### allgemeine Angaben:

Versorgung gewünscht ab: \_\_\_\_\_

### Besondere Kost:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Besonderheiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Becher, Stephanie PDL	Corina Wolter GF	3	21.11.2014	Seite 1 von 2



Wurde für Sie bereits eine Pflegestufe bewilligt?

Ja, Pflegestufe \_\_\_\_\_. Die Einstufung wurde am \_\_\_\_\_ vorgenommen durch die Pflegekasse \_\_\_\_\_.

Nein.

Name und Anschrift des Hausarztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kostenträger:

Ich bin Selbstzahler:  Ja  Nein

Wenn nein, meine Kosten übernimmt:

Das Sozialamt \_\_\_\_\_, der Antrag wurde gestellt  
am \_\_\_\_\_.  
AZ: \_\_\_\_\_

Anschrift des nächsten Angehörigen:

Name: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift Antragssteller/in

Unterschrift Betreuer

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Becher, Stephanie PDL	Corina Wolter GF	3	21.11.2014	Seite 2 von 2