



Name (Familiename und Geburtsname)		
Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)		
Wohnort (polizeilicher Hauptwohnsitz) Straße / PLZ / Ort /		
zurzeit in welchem Krankenhaus/ welcher Einrichtung? (Name/ Anschrift der Einrichtung)		
Geburtsdatum/ - Ort	Familienstand	Staatsangehörigkeit
Angehörige		
a) _____ (wie verwandt?)	_____	_____
_____	_____	_____
(Postleitzahl, Wohnort)	(Vor- und Zuname)	(Straße, Hausnummer, Telefonnummer)
b) _____ (wie verwandt?)	_____	_____
_____	_____	_____
(Postleitzahl, Wohnort)	(Vor- und Zuname)	(Straße, Hausnummer, Telefonnummer)
c) _____ (wie verwandt?)	_____	_____
_____	_____	_____
(Postleitzahl, Wohnort)	(Vor- und Zuname)	(Straße, Hausnummer, Telefonnummer)
Betreuer (nach Betreuungsrecht / Kopie der Vollmacht oder des Betreuerausweises beilegen)	Vollmacht (Generalvollmacht, Patientenverfügung)	
Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)		



Krankenkasse (Genauere Anschrift der KK)	Versicherungsnummer der KK	
Zuzahlungsbefreit / bitte ankreuzen Ja / nein	Gültig bis wann?	
Kostenträger / bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Selbstzahler, <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	Pflegegrad seit:	Voraussichtlicher Einzug am:
Konfession seelsorgerische Betreuung durch:	Bestattungsinstitut (Vorsorge / Bestattungswunsch)	
Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen		
Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen		
Datum/ Unterschrift des Antragstellers		