



## 2. Angaben zur Person

### 2.1 Stammdaten

Stand: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Wohnform:  eig. Wohnung / alleine  mit Angehörigen / anderen Personen  
 betreutes Wohnen  Pflegeheim

Haustier/e: \_\_\_\_\_

für Versorgung ansprechbar (Name, Telefon): \_\_\_\_\_

+ Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung unter Punkt 2.5

### 2.2 Bezugspersonen / zu benachrichtigende Personen

Bitte benachrichtigen Sie im Notfall zunächst folgende Person:

(Name, Telefon, Beziehungsverhältnis):

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

Wenn diese Person nicht erreichbar ist, so benachrichtigen Sie bitte:

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



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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### 2.3 Unterstützung / Versorgung / Betreuung

Hausarzt/-ärztin / Facharzt/-ärztin (Name, Tel.):

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

Bevollmächtigte/r     gesetzlicher Betreuer/-in    für den **Betreuungsbereich Gesundheit**

Name, Tel.: \_\_\_\_\_

Pflegedienst (Name, Tel.): \_\_\_\_\_

Betreuungsdienst (Name, Tel.): \_\_\_\_\_

(Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI)

Apotheke (falls Sie bei einer Stammkunde sind): \_\_\_\_\_

Hausnotruf (Institution, Tel.): \_\_\_\_\_

Essen auf Rädern (Institution, Tel.): \_\_\_\_\_

Haushaltshilfe (Name, Tel.): \_\_\_\_\_

Weitere Versorgung (Name, Tel, Art der Hilfe): \_\_\_\_\_

Palliativversorgung wird durchgeführt:     ja, seit: \_\_\_\_\_     nein

Ansprechperson (Name, Telefon): \_\_\_\_\_

### 2.4 Persönliche Hinweise / Wünsche:

Für den Fall, dass es Ihnen in einer Notsituation nicht möglich ist, sich zu äußern, können Sie hier Wünsche für Ihr persönliches Wohlergehen aufschreiben.

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

**+ Bitte beachten Sie den Kasten zu seelsorglicher/spiritueller Begleitung auf der Folgeseite!**



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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Im Notfall wünsche ich mir seelsorgliche / spirituelle Begleitung**

Meine Konfession:  ev.luth.  r.kath.  \_\_\_\_\_

Andere Religionszugehörigkeit oder Weltanschauung: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

## 2.5 Kranken- und Pflegeversicherung

### Versicherungsdaten (evtl. zwei Versicherungen)

Krankenkasse

ggf. Beihilfe / Heilfürsorge

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nummer: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung:  Ja  Nein

(Wenn ja, Kopie des Befreiungsausweises hier einheften.)

Aufbewahrungsort Versicherungskarte bzw. Elektronische Gesundheitskarte:

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

<b>Pflegestufe:</b>	Keine <input type="checkbox"/>	Beantragt <input type="checkbox"/>	Stufe 0 <input type="checkbox"/>	Stufe 1 <input type="checkbox"/>	Stufe 2 <input type="checkbox"/>	Stufe 3 <input type="checkbox"/>
<b>Datum:</b>						

**Betreuungsleistungen** bei eingeschränkter Alltagskompetenz

### Ab 2017 Pflegegrade (PG) anstelle von Pflegestufen:

<b>Pflegegrade:</b>	PG 1 <input type="checkbox"/>	PG 2 <input type="checkbox"/>	PG 3 <input type="checkbox"/>	PG 4 <input type="checkbox"/>	PG 5 <input type="checkbox"/>
<b>Datum:</b>					