



Angaben zur Per	3011						
Stammdaten		Stand:					
Name, Vorname: _							
Adresse: _							
Geburtsdatum: _		_ Familienstand:					
Wohnform: G	eig. Wohnung / alleine	mit Angehörigen / anderen Personen					
I	petreutes Wohnen	Pflegeheim					
Haustier/e: _							
für Versorgung anspre	chbar (Name, Telefon):						
Angaben zur Kranken	- und Pflegeversicherung u	inter Punkt 2.5					
	/ zu benachrichtige						
Bitte benachrichtigen Sie im Notfall zunächst folgende Person:  (Name, Telefon, Beziehungsverhältnis):							
Wenn diese Person nicht erreichbar ist, so benachrichtigen Sie bitte:							
Wenn diese Person ni	cht erreichbar ist, so bena	chrichtigen Sie bitte:					



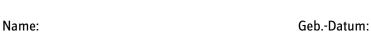


Name: Geb.-Datum:

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!







***	insche ich m	ir seelsorgliche /	spirituelle Re	gleitung							
Meine Konfession: ev.luth. r.kath.											
_	Kontaktperson:										
Kontaktpersor	turcperson.										
Kranken- un											
Versicherungsda	aten (evtl. zw	ei Versicherunger	1)								
	Kra	ankenkasse		ggf. Beihilfe	/ Heilfürsorge						
Name der Versic	herung:										
Telefon-Nummer	· ·										
Versicherten-Nummer:											
Zuzahlungsbefreiung:		☐ Ja ☐ Nein									
				ıngsalisweises	hier einheften )	1					
(Wenn ja, Kopie des Befreiungsausweises hier einheften.)											
Aufbewahrungsort Versicherungskarte bzw. Elektronische Gesundheitskarte:											
Aufhewahrungso	unbewantungsoft versicherungskatte bzw. Elektroffische Gesununeitskatte.										
Aufbewahrungsc											
Aufbewahrungso											
Aufbewahrungsc											
	Ceine	Beantragt :	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3					
	eine	Beantragt (	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3					
Pflegestufe: K	eine	Beantragt (	Stufe 0 🗌	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3					
Pflegestufe: K		Beantragt S			Stufe 2	Stufe 3					
Pflegestufe: K Datum: Betreuungsl	eistungen be		· Alltagskompe		Stufe 2	Stufe 3					
Pflegestufe: K Datum: Betreuungsl	eistungen be	ei eingeschränkter	· Alltagskompe			Stufe 3					