

Krankenkasse:

Name:	Anschrift:
Ansprechpartner:	Telefonnummer:
Mitgliedsnummer:	

Erfolgte schon eine Pflegeeinstufung?

Wenn ja, welche: Höherstufung beantragt:
 ja nein

Wenn nein, wann erfolgt der Antrag:

(Kopie beilegen)

Antrag auf vollstationäre Pflege wurde bei der Pflegekasse gestellt bzw. genehmigt:

Gestellt am:

Genehmigt am:

(Kopie beilegen)

Hausarzt:

Name:	Ort	Telefon:
-------	-----	----------

Von der Medikamentenzuzahlung befreit

ja, bis wann nein

Welche Hilfsmittel sind erforderlich?

.....
.....

Welche Hilfsmittel werden mitgebracht?

.....
.....

Angehörige

Name, Vorname	PLZ, Ort, Straße	Telefon dienstlich/privat	Verwandschaftsverhältnis
1.			
2.			
3.			
4.			

- Gebührenbefreiung liegt vor für : Rezeptgebühren
 Fahrtkosten
 Rundfunkgebühren
 Telefongebühren
 Abfuhrmittel

Kostenübernahme

Werden Eigenanteile selbst aufgebracht? ja

Wenn nein

Welches Amt übernimmt die Kosten?

Name:

Anschrift:

Telefon

Welche Person übernimmt die Kosten?

Ansprechpartner:

Anschrift:

Telefon

Sonstige Institutionen

Name:

Anschrift:

Telefon

Betreuer

Wurde das Antragsformular nicht vom Betroffenen selbst ausgestellt, dann warum und von wem?

.....
.....
.....
.....

Amtsgerichtlich bestellter Betreuer mit notarieller Vollmacht

Bevollmächtigter

(Kopie des amtlichen Betreuerausweises/Vorsorgevollmacht beilegen)

Name	Vorname	Ort	Straße

Telefon dienstlich/privat:

Seit wann Betreuer/in:

- Betreuungsbereich: Aufenthaltsbestimmungen
 Gesundheitsfürsorge
 Vermögensfürsorge
 Vertretung gegenüber Behörden usw.

Betreuungsbeschluss vom:
(Datum)

Amtsgericht:

Kopie beilegen

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers/Betreuers/Bevollmächtigten:

(zutreffendes unterstreichen)