

Anfrageformular „Am Miesberg“

Versorgungsart

wählen Sie eine der möglichen, gewünschten Versorgungsarten

<input type="checkbox"/> Langzeitpflege	ab (Datum)	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von (Datum)	<input type="text"/>	bis (Datum)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Beschützende Pflege	von (Datum)	<input type="text"/>	bis (Datum)	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> mit vorhandener Demenz	<input type="checkbox"/> mit Hinlauftendenz		
<input type="checkbox"/> Eingestreuete Tagespflege	<input type="checkbox"/> Mo.	<input type="checkbox"/> Di.	<input type="checkbox"/> Mi.	<input type="checkbox"/> Do.
	<input type="checkbox"/> halbtags	<input type="checkbox"/> ganztags	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Sa.
			<input type="checkbox"/> So.	

Daten der zu pflegenden Person

tragen Sie die Daten der zur versorgenden Person ein

Name	Nachname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	Familienstand	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pflegegrad (1-5)	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Besonderheiten, Allergien,	Diagnosen	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Daten des Interessenten / Angehörigen / Ansprechpartners / Betreuers

tragen Sie die Daten der zur versorgenden Person ein

Name

Nachname

Verwandschaftsverhältnis

E-Mail-Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

Vorsorgevollmacht

☐ **Betreuung**

Betreuungsbereiche:

- ☐ Aufenthaltsbestimmung
- ☐ Gesundheitsfürsorge
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Öffnen und Anhalten Post
- ☐ Wohnungsangelegenheiten
- ☐ Postvollmacht
- ☐ **Alle Angelegenheiten**

Patientenverfügung

Daten eines Hausarztes

tragen Sie die Daten eines zuständigen Hausarztes ein

Name

Nachname

Praxisname

E-Mail-Adresse

Straße, Hausnummer

Telefon

Telefax

Daten der Krankenkasse / Pflegekasse

tragen Sie die Daten einer zuständigen Kranken- oder Pflegekasse ein

Name der Kasse

Versicherungsnummer

E-Mail-Adresse

Straße, Hausnummer Kasse

PLZ, Ort der Kasse

Telefon

Telefax

Pflegegrad (1-5)

Pflegegrad beantragt am

Befreiung von Zuzahlungen

Daten einer Beihilfe

tragen Sie die Daten einer etwaigen Beihilfe ein

Name der Beihilfe

Versicherungsnummer

E-Mail-Adresse

Straße, Hausnummer Kasse

PLZ, Ort der Kasse

Telefon

Telefax

Rechnungsempfänger

tragen Sie die Daten des Rechnungsempfängers ein

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name)

E-Mail-Adresse

Straße, Hausnummer (Kto.inhaber)

Telefon

Telefax

IBAN

BIC

☐

Hiermit erteile ich eine **Einzugsermächtigung**

Ort, Datum, Unterschrift

Gewünschte Kontaktaufnahme

tragen Sie hier ein, wie Sie gerne erreicht werden möchten

☐

telefonisch (Rückruf)

☐

per E-Mail

zeitliche Erreichbarkeit