

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 Hinlauf tendenz | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Eingestreute Tagespflege | <input type="checkbox"/> Mo. | <input type="checkbox"/> Di. | <input type="checkbox"/> Mi. | <input type="checkbox"/> Do. | <input type="checkbox"/> Fr. | <input type="checkbox"/> Sa. | <input type="checkbox"/> So. |
| <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags | | | | | | | |

Daten der zu pflegenden Person

tragen Sie die Daten der zu versorgenden Person ein

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