

Angaben zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: _____
(Straße, Postleitzahl, Ort)

Hausarzt: _____ ☎ _____

Angehörige:

1. _____
(Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort)

Verwandtschaftsgrad: _____ ☎ privat: _____

☎ Funk: _____

2. _____
(Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort)

Verwandtschaftsgrad: _____ ☎ privat: _____

☎ Funk: _____

Gewünschter Zeitraum: _____

Pflegekasse: _____ Pflegegrad: 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Versicherten-Nr.: _____

Kostenübernahme:

Wurde bereits ein Bescheid auf die Kostenübernahme von der Pflegekasse erteilt?

☐ ja; Bescheid beifügen ☐ nein; beantragt am: _____

Ort, Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger/ Betreuer oder
Bevollmächtigte