

Betreuungsverhältnis

Name des Betreuers: _____

Angabe des Aufgabenkreises: _____

Zeitpunkt der Betreuerbestellung: _____

Unterlagen vorgelegt: Nein Ja

Betreuung angeregt: Nein Ja Datum: _____

Angaben zur Bestattung

Liegt ein Vorsorgevertrag vor: Nein Ja Datum: _____

Bestattungsinstitut: _____

Friedhof/Ort: _____

Bestattungsart: _____

Krankenkasse

Bezeichnung der Krankenkasse: _____

Adresse der Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Zuständiger Sachbearbeiter: _____

Telefonnummer: _____

privat gesetzlich

Pflegekasse

Bezeichnung der Pflegekasse: _____

Adresse der Pflegekasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Sachbearbeiter: _____

Telefonnummer: _____

privat gesetzlich

Monatliches Nettoeinkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag	Rentenversicherungs-Nummer.	Unterlagen liegen vor
Altersrente/Pension				
Blindenrente				
Unfallrente				
Witwenrente				
Lebensversicherung				
Kriegsopferentsch./Beihilfe				
Einnahmen aus Miete/ Pacht				
Sonstiges				

Hermit versichere ich, dass ich sämtliche Einkommensarten vollständig angegeben und durch Nachweise (wie zum Beispiel Rentenbescheide, Kontoauszüge etc.) belegt habe.

Ort, Datum

Bewohner/-in
bzw. Betreuer/-in oder Vertreter/-in

Übernahme des Heimentgelts

- Aus oben aufgeführten monatlichen Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Zahlungen von Dritten: _____
- Durch das zuständige Sozialamt: _____
- Sozialhilfeantrag erforderlich: _____
- Antrag erfolgt durch: _____

Bankverbindung

Bank: _____
IBAN: _____ BIC: _____

Befreiungen

Befreiung liegt vor

- Fahrtkosten
- Medikamentenzuzahlungen
- Heil- und Hilfsmittel
- Rundfunkgebühren, Rundfunkteilnehmer-Nr.: _____

Pflegegrad bereits vorhanden:

Ja Nein

1 2 3 4 5

Pflegegrad wird/wurde beantragt am:

Begutachtung erfolgt(e) am:

Beihilfeberechtigung

Bezeichnung der Beihilfestelle:

Adresse:

Benennung der behandelnden Ärzte

Adresse, Telefonnummer

Hausarzt:

Augenarzt:

HNO-Arzt:

Internist:

Zahnarzt:

Orthopäde:

Urologe:

Neurologe:

Sonstiges:

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/Wir bestätige/-n, dass ich/wir diese Selbstauskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe/-n.

Ort, Datum

Bewohner/-in

Ort, Datum

Betreuer/-in Vertreter/-in*

* Nicht Zutreffendes bitte streichen.