

Namenszu-/ vorsatz: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Rufname: \_\_\_\_\_ Pseudonym: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich ( ) männlich ( )

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Pfarrgemeinde: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthaltsort:  
(falls abweichend von oben) \_\_\_\_\_

Bis voraussichtlich: \_\_\_\_\_

Kranken- / Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt: Ja ( ) Nein ( )

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Zur Zeit bestehender Pflegegrad: keinen ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Antrag auf Pflegegrad / Erhöhung gestellt: Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, am: \_\_\_\_\_

**Mitteilung über die Aufnahme an die StädteRegion Aachen zur Fristwahrung bei Antrag auf Übernahme der ungedeckten Heimkosten**

Gewünscht ( ) Nicht gewünscht ( )

**Hausarzt:** Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon:

Praxis: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Privat: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

**Facharzt für:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon:

Praxis: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Privat: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

**Betreuung / Vollmacht**

1) Gesetzliche Betreuung:

Ja ( )

Nein ( )

Alle Angelegenheiten: ( )

Aufenthaltsbestimmung: ( )

Behördenangelegenheiten: ( )

Gesundheitssorge: ( )

Heimangelegenheiten: ( )

Rentenangelegenheiten: ( )

Vermögenssorge: ( )

Wohnungsangelegenheiten: ( )

Sonstige: ( )

2) Vollmacht

Ja ( )

Nein ( )

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Betreuungsverfügung: ( )

Generalvollmacht: ( )

Vorsorgevollmacht: ( )  
 Patientenverfügung: ( )  
 Postvollmacht: ( )  
 Bankvollmacht: ( )  
 Sonstige: ( ) \_\_\_\_\_

## 3) Regelungen

Ja ( )

Nein ( )

Notfallregelungen: ( )  
 Bestattungsregelung: ( )  
 Krankensalbung  
 gewünscht: ( ) ( )  
 Körperspendeausweis: ( )  
 Organspendeausweis: ( )  
 Testament: ( )  
 Sonstiges: ( ) \_\_\_\_\_

**Bezugspersonen:**

1) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: ( ) Bevollmächtigter: ( )

2) Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: ( ) Bevollmächtigter: ( )

3) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: ( ) Bevollmächtigter: ( )

**Gewünschte Unterbringung:**

Einzelzimmer: ( ) Doppelzimmer: ( )

Vorsorgliche Anmeldung: ( )

Dringliche Anmeldung ( ) Gewünschter Termin: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Aufzunehmenden**\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Betreuers oder  
Bevollmächtigten**