

8. **Patientenverfügung** ja nein
(bitte Kopie einreichen)

9. **Kranken-/Pflegekasse**

Versicherungsnummer _____

Zuzahlungsbefreiung ja bis _____ nein

10. **Hausarzt**

Name _____

Ort _____

Wird die Betreuung weiter übernommen? ja nein

11. **Kostenträger**

Wird ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt? ja nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

Liegt bereits eine Kostenbewilligung vor? ja (Kopie) nein

12. **Anmerkungen**

Derzeitiger Aufenthaltsort _____

Pflegerrelevante Informationen zum körperlichen und psychischen Befinden (z.B. Krankheitsbilder, Diagnosen)

Besondere Wünsche / Bedürfnisse

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers / des Bevollmächtigten