

Name: _____ Vorname _____

geb. am: _____ in _____

Geb.-Name: _____ Familienstand: _____

Konfession: _____

PA-Nr.: _____ ausgestellt am _____

gültig bis _____ ausstellende Behörde _____

Derzeitige Anschrift _____

Derzeitige Telefonnummer _____

Angehörige/r / Bekannte / ...

1. Name, Vorname _____

Verwandtschaftsgrad bei Angeh.: _____

Anschrift: _____

Telefon (privat / Handy / dienstl.) / Fax: _____

2. Name, Vorname _____

Verwandtschaftsgrad bei Angeh.: _____

Anschrift: _____

Telefon (privat / Handy / dienstl.) / Fax: _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
HL	WB	1	31.01.2008	1

Hausarzt

Name: _____

Anschrift _____

Telefon / Fax _____

Krankenkasse _____ KV-Nr. _____

Befreiung von Zuzahlung ja nein

Wenn ja, bis _____

Pflegeversicherung

Ambulante Pflegestufe vorhanden? ja nein

Wenn ja, Pflegestufe _____

Vollstationäre Pflegestufe beantragt? ja nein

Wenn ja, am / Bescheid vom _____

Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlicher
Regelung? ja nein

**Werden die Heimpflegekosten abzüglich der Leistungen der
Pflegeversicherung selbst getragen ?**

ja

nein Die anfallenden Heimpflegekosten werden bzw. sollen
vollständig/teilweise aus der Sozialhilfe getragen werden. Der Antrag wurde
am _____ beim Sozialamt _____ gestellt.

Aktenzeichen des Sozialamtes, sofern bereits Sozialhilfe gewährt wurde,
lautet: _____

Rechnungsempfänger:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer / Fax: _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
HL	WB	1	31.01.2008	2

Sonstiges:

Gerichtliche Betreuungsbestellung? ja nein

Wenn ja: Es ist ein/e Betreuer/in bestellt
 Es wurde eine Betreuung für folgende Wirkungskreise

beim zuständigen Amtsgericht beantragt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax: _____

Bestellung bis _____

Ausweis vom Amtsgericht _____

vom _____ Geschäftszeichen _____

Bestellung beantragt am _____

beim Amtsgericht _____

Erteilte Vollmachten:

Gegenstand der Bevollmächtigung/en: _____

Bevollmächtigte Person/en:

Im Falle meines Ablebens bitte ich, das Bestattungsinstitut
 _____ zu informieren.

Ich wünsche die Bestattungsform _____.

_____ **Datum**

Unterschrift der/des Antragstellers

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
HL	WB	1	31.01.2008	3