

<input type="checkbox"/> Haus I	<input type="checkbox"/> Haus II	Zimmer:	Beschaffung/Einnähen Namensbänder: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Datum:				Telefon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorname, Zuname:				Post :
Geburtsort:				
Geburtstag:		Familienstand:		
Geburtsname:		Geschlecht:		
Konfession:		Nationalität:		
Betreuung / Vollmacht:		Krankenkasse:		
Krankenkasse Zusatzvers.:		Vers.-Nr.:		
Schwerbehindert (wenn ja, %):		%	Befreit: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Kopie!)	
Pflegestufe:		<input type="checkbox"/> Stufe 0 <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III		
Diagnosen:				
Klinikaufenthalt:				
Rollstuhl:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Gehwagen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sozialamt/Privat/Kurzzeitpfl.:		<input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SZ	oKZ-Pfl. ab:	
Momentane Anschrift des Bewohners:				
Hausarzt:				
Zuständiger Arzt Seniorenheim:				
Rente / Zusatzrente:		Barauslagen :		
Pers. Ausweis - Nr.				
Ummeldung / Gemeinde				
Bankverbindung:		Kontonummer:		
Kontoinhaber:		Bankleitzahl:		

### Angehörige/Betreuer:

Verwandschaftsverhältnis:		Vor - & Zuname:	
Anschrift:			
Telefonisch erreichbar:			
Anschrift & Telefon von weiteren Angehörigen:			

Aufnahmetag:	Aufnahme von:
--------------	---------------