



Aufnahmeformular TK- Pflege

☐ Kurzzeitpflege

☐ Langzeitpflege

Bewohner/Bewohnerin

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Adresse _____

Familienstand _____

Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____

Hausarzt _____

Heimkosten

☐ sind durch Einkommen/Vermögen abgedeckt

☐ sind durch Einkommen/Vermögen nicht abgedeckt

Krankenkasse/Pflegekasse

Kontaktperson 1

Vollmacht ☐ Betreuung ☐

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Im Sterbefall bitte informieren

Name _____

Telefon _____

☐ unverzüglich zu jeder Tag- und Nachtzeit

Name _____

Telefon _____

☐ unverzüglich zu jeder Tag- und Nachtzeit

Kontaktperson 2

Vollmacht ☐ Betreuung ☐

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____