

**Fragebogen bei Anfrage eines Pflegeplatzes**  
Bitte vollständig ausfüllen

Bewohner/in	Pflegekasse	Krankenkasse																																													
Name: Vorname: Geburtsname: Straße: PLZ, Ort: Telefon: Geburtsdatum: Geburtsort: Familienstand: Konfession: Staatsangehörigkeit.: <hr/>	<hr/> <table border="1" data-bbox="779 438 1422 518"> <tr> <td><b>Pflegegrad</b></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Antrag am MDK-Besuch am Widerspruch am <hr/> ja    nein <b>Gesetzliche Betreuung</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Pflegegrad</b>	1	2	3	4	5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> Vers.-Nr.: <hr/> <b>Datenaufnahme</b> am von Vollstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeit <input type="checkbox"/> ab bis																															
<b>Pflegegrad</b>	1	2	3	4	5																																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<hr/> <table data-bbox="145 885 638 1300"> <tr> <td>Lebt alleine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Haus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>In Gemeinschaft</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Wohnung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wird versorgt von</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EheMann/Frau</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tochter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lebensgefährte</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sohn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sonstige</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Freund</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Name: Straße: PLZ/Ort: Telefon:	Lebt alleine	<input type="checkbox"/>	Haus	<input type="checkbox"/>			In Gemeinschaft	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>			Wird versorgt von			EheMann/Frau	<input type="checkbox"/>	Tochter	<input type="checkbox"/>			Lebensgefährte	<input type="checkbox"/>	Sohn	<input type="checkbox"/>			Sonstige	<input type="checkbox"/>	Freund	<input type="checkbox"/>			Name: Straße: PLZ/Ort: Telefon: Amtsgericht: <hr/> <table data-bbox="779 1005 1366 1228"> <tr> <td><b>Hausarzt</b></td> <td><b>Augenarzt,</b></td> </tr> <tr> <td>Name:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Straße:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLZ/Ort:</td> <td><b>Zahnarzt, so.</b></td> </tr> <tr> <td>Telefon:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fax:</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Hausarzt</b>	<b>Augenarzt,</b>	Name:		Straße:		PLZ/Ort:	<b>Zahnarzt, so.</b>	Telefon:		Fax:		<hr/> <b>Sonstige Hinweise:</b> <hr/>
Lebt alleine	<input type="checkbox"/>	Haus																																													
<input type="checkbox"/>																																															
In Gemeinschaft	<input type="checkbox"/>	Wohnung																																													
<input type="checkbox"/>																																															
Wird versorgt von																																															
EheMann/Frau	<input type="checkbox"/>	Tochter																																													
<input type="checkbox"/>																																															
Lebensgefährte	<input type="checkbox"/>	Sohn																																													
<input type="checkbox"/>																																															
Sonstige	<input type="checkbox"/>	Freund																																													
<input type="checkbox"/>																																															
<b>Hausarzt</b>	<b>Augenarzt,</b>																																														
Name:																																															
Straße:																																															
PLZ/Ort:	<b>Zahnarzt, so.</b>																																														
Telefon:																																															
Fax:																																															