

Hausarzt / Hausärztin

Name, Vorname
Anschrift der Praxis

Psychiater / Psychiaterin, Neurologe / Neurologin

Name, Vorname
Anschrift der Praxis

Kontakte - Angehörige*r / andere Vertrauensperson

Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis bzw. Verhältnis zum Interessenten / zur Interessentin
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail

Vertretung des Interessenten / der Interessentin

<input type="checkbox"/> Gerichtlich bestellte Betreuung <i>(bitte Kopie Betreuungsausweis und Beschluss des Amtsgerichts vor Einzug vorlegen)</i> Für folgende Bereiche: <input type="checkbox"/> Vertretung der gegenüber Behörden, Ämtern und Versicherungen <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Bestimmung des Aufenthalts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigung liegt vor <i>(bitte Kopie der Vollmacht vor Einzug vorlegen)</i>
Name, Vorname rechtlicher Betreuer*in / Bevollmächtigte*r	
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail
Fax	

Mögliche / erforderliche Aufnahme in

<input checked="" type="checkbox"/> Appartementzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer	Sonstige Hinweise
--	-------------------

Finanzierung des Aufenthaltes / Kostenträger

<input type="checkbox"/> Zuständiger Kostenträger für Fachleistung:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler für Fachleistung
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	
<input type="checkbox"/> Vorläufige Kostenzusage liegt vor <i>(Nachweis bitte beifügen)</i>	
<input type="checkbox"/> Zuständiger Kostenträger für Miete und Verpflegung:	
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	
<input type="checkbox"/> Vorläufige Kostenzusage liegt vor <i>(Nachweis bitte beifügen)</i>	

Sonstige aufnahmerelevante Angaben

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum Unterschrift Interessent*in und/oder Betreuer*in / Bevollmächtigte*r