

Stammblatt

Bezeichnung der Einrichtung/Stempel

Name:

Personaldaten**Krankenkasse**

Name:
Geburtsname:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Familienstand:
Konfession:

Name:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Vers. Nr.:

Tag der Aufnahme:

Tag der Entlassung:

verstorben:

zuständiges Sozialamt:

Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Bearbeiter:

Bestattungsinstitut

amtl. An- Abmeldung: am:

Name: Pflegewohnung: ja nein

Straße: Sozialhilfe: ja nein

PLZ/Ort:

Telefon:

Wer ist zu verständigen ?

Angehörige/Bekannte**behandelnder Arzt**

Name: Name:

Straße: Straße:

PLZ/Ort: PLZ/Ort:

Telefon privat: Telefon:

dienstl. o. Handy:

Verwandschaftsgrad: **Pflegeeinstufung**

Name: Datum Pflegegrad

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon privat:

dienstl. o. Handy:

Verwandschaftsgrad:

Bankverbindung**Betreuer**

Kto. Nr.:

Name: BLZ

Straße: Bank:

PLZ/Ort: **Einzugsermächtigung**

Telefon: Heimkosten: ja, seit: nein

Wirkungskreis: Taschengeld: ja, seit: nein

Hat der Bewohner Telefon ? ja nein Telefonnummer:

