

Antrag



Kreisverband  
Nürnberg e.V.

Käte-Reichert-Heim

Wiesentalstraße 56  
90419 Nürnberg

Tel. 0911/39372-0  
Fax 0911/39372-22

E-Mail:  
[kaete-reichert-heim@awo-nbg.de](mailto:kaete-reichert-heim@awo-nbg.de)  
[www.awo-nuernberg.de](http://www.awo-nuernberg.de)

Stationäre Aufnahme ab \_\_\_\_\_

Vormerkung

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_  telefonisch /  persönlich bei \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geb.-Name: \_\_\_\_\_

vormaliger Beruf: \_\_\_\_\_

Fam.- Stand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:**  1  2  3  4  5  kein / beantragt  nein  ja am \_\_\_\_\_

**Bestehen Lebensmittelunverträglichkeiten**

nein  ja \_\_\_\_\_

**Zuzahlungsbefreiung:**  nein  ja

**Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht:**  nein  ja **Betreuungsverfügung:**  nein  ja

**Bestattungsvorsorge:**  nein  ja **Über offenen Charakter der Einrichtung aufgeklärt:**  nein  ja

Name, Straße/Hausnr., PLZ / Wohnort, Telefon, Verwandtschaftsgrad, Betreuung/Vollmacht:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Sonstiges, Informationen, Vereinbarungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift