



## Antrag zur Aufnahme in das Fachzentrum für Menschen mit Demenz

### 1. Personendaten

Zu- und Vornamen: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Adresse: Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

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

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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Diagnosen, Krankengeschichte, Besonderheiten: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 2. Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a) Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Wie verwandt: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Beruflich: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

b) Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Wie verwandt: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Beruflich: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:



3.  Amtlicher Betreuer

Bevollmächtigter

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Aufgabengebiet:  Generalvollmacht  Gesundheitsfürsorge

Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge

Postvollmacht

Vorsorgevollmacht

Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Beruflich: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_



4. **Ärzte**

**Ist Hausarztvertrag vorhanden?**

**ja**

**nein**

Wenn ja, muss dieser zeitnah gekündigt  
sein bei Arztwechsel

**a) Hausarzt**

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**b) Facharzt:** \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**c) Facharzt:** \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

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

Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

