

**Einrichtung: Wohn- und Pflegezentrum St. Josef**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Amtlich bestellter Betreuer / Bevollmächtigter (nur falls vorhanden)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Aktenz. \_\_\_\_\_

Aufgabenkreis: \_\_\_\_\_

---

Hausarzt Dr. \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Weiterbehandlung nach Einzug in die Einrichtung: Ja  Nein

