



## Anmeldeformular

Datum: \_\_\_\_\_

### PERSONENDATEN

---

Anrede: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

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

PLZ: \_\_\_\_\_

Staatszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

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

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

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Name der Kinder: \_\_\_\_\_

**Ja | Nein**

Wunsch zur Verschreibung an die Anatomie

Bestattungswünsche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aktuelles Foto mitnehmen (13x15) für Dokumentation

Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_



### 1. Bezugsperson:

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

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### 2. Bezugsperson:

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

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### 3. Bezugsperson:

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

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Erwachsenenvertretung: (Für persönliche Anliegen, finanzielle Regelungen)

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

Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Ja | Nein**

Eventuell richterlichen Beschluss mitnehmen:

### Medizinische Informationen:

Aktuelle Medikamentenliste: \_\_\_\_\_

Spezielle Pflege- und Hausmittel: \_\_\_\_\_

Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Körperliche Beeinträchtigungen, Allergien, Diäten:

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



**Behandelnder Hausarzt:**

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Sonstige Fachärzte/ Therapeuten:**

(z.B.: Zahnarzt, Lungenfacharzt, Physiotherapeut, etc.)

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

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

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

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

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

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

**Ja | Nein**

Wenn bereits vorhanden: Arztbrief, Berichte, Befunde, ärztliche Unterlagen

Rezeptgebührenbefreiung

Patientenverfügung

Aufbewahrungsort: \_\_\_\_\_

Bevorstehende Arzttermine bekanntgeben

Wo: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Versicherung:** E-Card bitte mitnehmen

Versicherungsanstalt: \_\_\_\_\_

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

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_