

Betreuung

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Familienst.: led./verh./geschieden/verwitwet, seit: _____

Staatsangeh.: _____ Konfession: _____ Beruf: _____

Gesch.Nr.: _____ Amtsgericht: _____ Tel.: _____

Aufgabenkreise: _____

Ärzte: _____ Tel.: _____ Fax: _____

_____ Tel.: _____ Fax: _____

_____ Tel.: _____ Fax: _____

Krankenkasse: _____ Nr.: _____ Tel.: _____

Befreiung von Zuzahlung bis _____

Versicherungen: _____ Tel.: _____

_____ Tel.: _____

_____ Tel.: _____

Schwerbehindertenausweis: ja / nein GdE _____ % Zeichen: _____

ausgestellt von: _____ Tel.: _____

Rentenvers.: _____ .Nr.: _____ Tel.: _____

Konten/ Sparbücher: _____

Identifikationsnummer: _____

Regelm. Einnahmen: _____ Betrag: _____

_____ Betrag: _____

_____ Betrag: _____

Regelm. Ausgaben: _____ Betrag: _____

_____ Betrag: _____

_____ Betrag: _____

_____ Betrag: _____

Vermieter: _____	Tel.: _____
Heim: _____	Tel.: _____
SGB II Träger: _____	Tel.: _____
SGB XII Träger: _____	Tel.: _____
Wohngeldstelle: _____	Tel.: _____

Familienangehörige/Bekannte: _____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____

weitere Adressen: _____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____
_____	Tel.: _____

Informationen: _____

Bestattung: Vorsorge geregelt ja/nein Bestattungsinstitut: _____
Wer regelt die Bestattung: _____ Tel.: _____