

# 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.: \_\_\_\_\_