



Haus Wilkinghege

Wohnen mit Pflege und Betreuung
Wilkinghege 55 - 48159 Münster Tel 0251/28020 - Fax 0251/2802221 - info@haus-wilkinghege.de

Persönlicher Fragebogen

Name: _____ Konfession: _____
Vorname: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Geburtsname: _____ Telefon: _____
Geburtsort: _____ Straße: _____
Geburtsdatum: _____ PLZ / Ort: _____
Familienstand: _____

Derzeitiger Aufenthalt (abweichend von der Meldeanschrift)

c/o Name oder Einrichtung: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____

Krankenkasse:

Straße, PLZ/Ort: _____

Vers. Nr.: _____ Pflegegrad _____

Zuzahlungsbefreiung: Ja Nein

Beihilfeberechtigung Ja Nein

Bezugspersonen

a) Name/ Beziehg.: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

b) Name/ Beziehg.: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

c) Name/ Beziehg.: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Vorsorge-/ bevollmächtigte Person; Gesetzlicher Betreuer

Name: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Wirkungskreis: _____

Hausarzt: _____ E-Mail: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Zahnarzt: _____ E-Mail: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Wichtiger Facharzt: _____ E-Mail: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Wünsche bzgl. des Zimmers

Größe: _____ Lage: _____

Einzelbad: Ja, unbedingt Nicht zwingend

Sonstiges: _____

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

Kostenträger *Wollen Sie einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII stellen?*

Pflegewohngeldantrag: Ja Nein

Sozialhilfeantrag Ja Nein

Letzter Wohnort 2 Jahre vor Einzug: _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller / Bevollmächtigter