

# Vormerkung für das Haus

Stiftung St. Peter  
Hallerhüttenstr. 14  
90461 Nürnberg  
☎ 0911 – 46 61 06

<b>Personalien</b>	alleinlebend: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Arzt:</b>
Name/Vorname:	<input type="radio"/> ledig	Name/Vorname:
Geburtsname:	<input type="radio"/> getrennt lebend	Tel. 1: Tel. 2: Fax:
Geburtsort:	<input type="radio"/> verwitwet	Strasse: PLZ, Ort:
Geb. Datum:	<input type="radio"/> geschieden	<b>Diagnosen:</b>
Strasse:	<input type="radio"/> zusammenleb.	
PLZ, Ort: Rel:	<input type="radio"/> kath. <input type="radio"/> ev	
Tel.: Pfarramt:		
Mitglied Diakonieverein St. Peter e. V.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<b>Angehörige / Kontaktpersonen</b>		<b>Krankenkasse:</b>
Name/Vorname:		<b>Krankenversicherungsnummer:</b>
Strasse:		Pflegestufe: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Stufe: <input type="radio"/> Geld-, <input type="radio"/> Sach-, <input type="radio"/> Kombileistung seit:
PLZ, Ort:		Pflegevertrag: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Behandlungsvertrag <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tel.: privat: Tel.: geschäftlich:		<b>Rezeptgebührenbefreiung:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Name/Vorname:		<b>Patiententestament:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Straße/Ort:		<b>Patientenverfügung:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tel.: privat: Tel.: geschäftlich:		<b>Besonderheiten:</b>
<b>Betreuer:</b>		
Name/Vorname:		
Strasse: PLZ, Ort:		
Tel.: privat: Tel.: geschäftlich:		
<input type="radio"/> Gesundheit <input type="radio"/> Vermögen <input type="radio"/> Aufenthalt		