## Checkliste Aktenvorblatt

**Betreuung für:** , - Geschäftszeichen:

| **Aktenvorblatt** | | | |
|---|---|---|---|
| Geburtsdatum: | Geburtsort: | Konfession: | Familienstand: |
| **Wohnung:** | | | Telefon: |
| | | | Fax: |
| | | | Mobil: |
| | | | E-Mail: |
| Vermieter: | | | Telefon: |
| | | | Fax: |
| **Heim:** | | | Seit: |
| Heimleitung: | | | Telefon: |
| | | | Fax: |
| **Arbeitgeber:** | | | Telefon: |
| | | | Fax: |
| **Arbeitsamt:** | | Nummer: | Telefon: |
| **Krankenkasse:** | | Nummer: | Telefon: |
| | | Sachbearbeiter: | Fax: |
| Befreiung von Zuzahlung: ê ja ê nein | | | Gültig bis: |
| Beihilfestelle: | | | Az: |
| | | | Telefon: |
| **Pflegekasse:** | | | Nummer: |
| **Rentenstelle:** | | | Nummer: |
| **Hausarzt:** | | Diagnose: | Telefon: |
| | | | Fax: |
| **Facharzt:** | | Diagnose: | Telefon: |
| | | | Fax: |
| **Behindertenausweis** | | ê ja | ê nein |
| **Versorgungsamt:** | | Az: | MdE: |

| **Amtsgericht:** | Az: | Datum d. Bestellung: |
|---|---|---|
| | | |

| **Aufgabenkreise** | | | |
|---|---|---|---|
| ê Sorge für die Gesundheit | ê Aufenthaltsbestimmung | ê Unterbringung | ê Wohnungsangelegen-heiten |
| ê Vermögenssorge | ê Behördenangelegenheiten | ê Rentenangelegenheiten | ê Sozialhilfeangelegenheiten |
| ê Sonstiges: | | | |

| **Einwilligungsvorbehalt(e)** |
|---|
| |

| **Weitere Betreuer:** | Aufgabenkreise: |
|---|---|
| | |

| **Vorsorgeverfügungen** | | |
|---|---|---|
| Betreuungsverfügung: | ê ja | ê nein |
| Vorsorgevollmacht: | ê ja | ê nein |
| Patiententestament: | ê ja | ê nein |

| **Pflegedienste/Ambulante Dienste** | Telefon: |
|---|---|
| | Fax: |

| **Befreiungen** | | | |
|---|---|---|---|
| Telefongebühren: | ê ja | ê nein | Gültig bis: |
| Rundfunk: | ê ja | ê nein | Gültig bis: |
| Sonstiges: | ê ja | ê nein | Gültig bis: |

**Bezugspersonen/Angehörige/Wichtige Anschriften**

| Name | Anschrift | Telefon/Fax/E-Mail | Beziehung zum Betreuten |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |