



**Name:**

**Versichertennummer:**

**Die Pflege wird durchgeführt von**

Name(n) und Anschrift(en) der Pflegeperson(en)	Telefon

Name und Anschrift des Pflegedienstes / Pflegeheimes	Telefon
Institutionskennzeichen (IK) des Pflegedienstes / Pflegeheimes	

<b>Der behandelnde Arzt ist</b>	
Name und Anschrift des Hausarztes/Facharztes	Telefon

Datenschutzhinweis nach § 67 a SGB X und § 67 b Abs. 2 Satz 3 SGB X: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36, 37, 38 und 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefonnummer sowie die Einwilligung zur Datenerhebung bei Dritten sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des  
Bevollmächtigten/Betreuers