

Bearbeitungsvermerk:

Aufnahme geplant zum:

Zimmernummer:

Telefon: ja nein

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Name:	Geburtsname:
2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)	
3. Wohnung: (mit Wohnsitz polizeilich gemeldet)	
PLZ	Ort, Gemeinde
Straße und Hausnummer	
4. Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?	
Name des Krankenhauses oder Heimes	
Anschrift des Krankenhauses oder Heimes	
Aufnahmetag	Aufnahmegrund
5. Geburtsdaten:	
am	in
6. Familienstand:	
7. Konfession:	
8. Staatsangehörigkeit:	
9. Angehörige:	
a)	_____
	Verwandtschaftsgrad Vor- und Zuname

	PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer

	Telefon
b)	_____
	Verwandtschaftsgrad Vor- und Zuname

	PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer

	Telefon (Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben!)

10. Betreuer/Bevollmächtigter: (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen)

 Vor- und Zuname Straße und Hausnummer

11. Krankenkasse:

12. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:

13. Wurde ein Antrag an die Pflegekasse gestellt?
 ja nein

14. Pflegegrad:
 ja nein Welche? _____

15. Haben Sie einen Vertrag zur Versorgung mit Inkontinenzmitteln abgeschlossen?
 ja nein
 Wenn ja, wer ist der Leistungserbringer? _____

16. Zuzahlungsbefreiung:
 ja nein

17. Name des Hausarztes:

 Name des Arztes Anschrift

Wer soll in der Einrichtung Ihr Hausarzt sein?

 Name des Arztes Anschrift

18. Sind Sie mit unseren Kooperationspartnern einverstanden?

1. Apotheke ja nein welchen Versorger möchten Sie?

2. einrichtungsbezogene Zahnarztbetreuung ja nein welche Betreuung möchten Sie?

18. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzelzimmer Doppelzimmer bevorzugter WB?

19. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?

 Vor- und Zuname Straße und Hausnummer

 In welcher Eigenschaft

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

 Datum Unterschrift des Antragstellers

Bitte überzeugen sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind!

Für Vermerke der Einrichtung:

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
HL	PDL / QM	01	15.02.2012	Seite 2 von 3

Vertrauliche Angaben für den Notfall

Name des Bewohners:

Im Ernstfall bitte um Nachricht an: (nach Dringlichkeit geordnet)

1) _____

Vor- und Zuname Telefonnummer

2) _____

Vor- und Zuname Telefonnummer

Ein Testament ist

vorhanden

nicht vorhanden

Das Testament befindet sich:-----

Mit der Regelung meines Nachlasses ist beauftragt:

1) _____

Vor- und Zuname Telefonnummer

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

2) _____

Vor- und Zuname Telefonnummer

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Bestattungsinstitut:

Name de Bestattungsinstitutes Telefonnummer

Straße PLZ, Ort

Art der Bestattung:

Feuerbestattung

Erdbestattung

Datum Unterschrift des Bewohners

Datum Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten