

**Bearbeitungsvermerk:**

Aufnahme geplant zum:

Zimmernummer:

Telefon:  ja  nein

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

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