

Heimaufnahmebogen

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Langzeitpflege | ☐ KZP / VHP |
| ☐ Einzelzimmer | ☐ Doppelzimmer |
| ☐ Neubau | ☐ Altbau |

Stammdaten Bewohner / in: Aufnahmewunsch am _____ Abgang am _____

Name	Vorname
Geburtsname	Straße
Geburtsdatum	PLZ, Ort
Geburtsort	Nationalität Konfession
Familienstand seit	Anzahl der Kinder
Derzeitige Lebenssituation	
Diagnosen	

Bezugspersonen:

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail
Verwandtschaftsverhältnis / Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)	

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail
Verwandtschaftsverhältnis / Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)	

Gerichtlich bestellter Betreuer?☐ Ja (Bitte Bestellung beifügen)☐ Nein

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail

Pflegekasse:

Kranken- /Pflegekasse	Versicherten-Nr.
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax

Zuzahlungsbefreiung

☐ Ja (Bitte Ausweis beifügen)☐ Nein

Pflegegrad liegt vor

☐ Ja (Bitte Bescheid beifügen)☐ Nein

Pflegegrad

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

liegt vor

☐ Seit mehr als 6 Monaten☐ weniger als 6 MonatenEin Pflegegrad liegt nicht vor, ein Antrag wurde aber gestellt am _____

Ein Höherstufungsantrag wurde gestellt am _____

Schwerbehindertenausweis liegt vor

☐ Ja☐ Nein

Bestehende Inkontinenz

☐ Ja☐ Nein

Wichtige Hinweise und Besonderheiten _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Facharzt für: _____

für: _____

Kostenträger**Selbstzahler**☐ Ja☐ Nein

Rechnungsempfänger:

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort

Kriegsopferfürsorge

☐ Ja (Bitte Bescheid beifügen)☐ Nein

Beihilfeberechtigt

☐ Ja (Bitte Bescheid beifügen)☐ Nein

Blindengeld

☐ Ja (Bitte Bescheid beifügen)☐ Nein

Sozialhilfe

Auf die Beantragung von Sozialhilfe bzw. Pflege Wohngeld wird verzichtet ☐ Ja ☐ Nein

Antrag auf Sozialhilfe ist / wird gestellt am _____

Antrag auf Pflege-Wohngeld ist /wird gestellt am _____

Zuständiges Sozialamt _____

Kostenzusage ☐ Ja (Bitte Bescheid beifügen) ☐ Nein

Rentenversicherung (Bitte aktuellen Bescheid beifügen)

Träger	Nr.
Telefon	Telefax

Sonstiges

Liegt eine Patientenverfügung vor?	☐ Ja	☐ Nein
Telefon auf dem Zimmer gewünscht?	☐ Ja	☐ Nein
Raucher/-in?	☐ Ja	☐ Nein
Interner Friseur?	☐ Ja	☐ Nein
Interne Fußpflege?	☐ Ja	☐ Nein
Pflegeprodukte vom Haus?	☐ Ja	☐ Nein
Arztbesuche/ Krankenhausbesuchsdienst gewünscht?	☐ Ja	☐ Nein
Hinweis auf Haftpflichtversicherung gegeben?	☐ Ja	☐ Nein
Besondere Körpermaße?	☐ Ja	☐ Nein
Zahnarztversorgung Dr. Braun-Knoblauch?	☐ Ja	☐ Nein

Impfstatus? _____

Bestattungswunsch? _____

Foto für die Akte / Zimmerschild? _____

Erinnerungsbox? _____

Sonstiges? _____

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/Bevollmächtigte/Betreuers