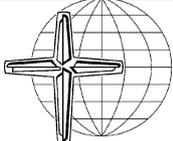
	Aufnahmebogen	Nr.: 09-751-FO-1
	Revision: 03 Gültig ab: 01.12.2013	Seite 1 von 2

Name der Einrichtung	
Anmeldung am:	#DatumAktuell <input type="checkbox"/> vorsorglich
Gewünschter Einzugstermin	am: _____ bis _____ (bis Angabe nur bei Kurzzeitpflege)
Interesse an:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Heimverbund. Wohnen
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsname und Geburtsort	
Konfession	<input type="checkbox"/> Katholisch <input type="checkbox"/> Evangelisch <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Andere
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere und zwar: _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: Anzahl der Kinder: _____
Letzter Beruf	
aktuelle Adresse	Straße, Nummer
	PLZ, Ort
Telefon	
Derzeitiger Aufenthalt	
Krankenkasse und Mitgliedsnummer	_____ Nr. _____ Ort: _____ Telefon: _____
Pflegekasse (nur angeben wenn nicht = Krankenkasse)	
Hat die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit bereits stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja Ergebnis: Pflegestufe: _____ (bitte Gutachten beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Heimnotwendigkeit liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt am: _____
Ansprechpartner	<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht (bitte beifügen)
Name / Vorname	
Verwandtschaftsgrad	
Anschrift	
Telefonnummern	
Ansprechpartner	<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht (bitte beifügen)
Name / Vorname	
Verwandtschaftsgrad	
Anschrift	
Telefonnummern	

	Aufnahmebogen	Nr.: 09-751-FO-1
	Revision: 03 Gültig ab: 01.12.2013	Seite 2 von 2

Werden <u>derzeit</u> Pflegeleistungen von einem Kostenträger gewährt? (bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sozialhilfe Kostenübernahme seit: _____
Kommen Sie selbst für die <u>Heimkosten</u> auf? (siehe aktuelle Pflegesätze)	<input type="checkbox"/> ja, ich bin Selbstzahler <input type="checkbox"/> nein, das Sozialamt muss die Kosten tragen Monatliches Einkommen beträgt ca. : _____ Sozialhilfe SGB XII <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ Pflegewohngeld: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja Prozent: _____ <input type="checkbox"/> nein
Rechnungsempfänger	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
	Name der Bank:
	BIC:
	IBAN:
	Kontoinhaber:
Rentenversicherung Träger: RentenversicherungsscheinNr.	
Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> ja Prozent: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____
Befreiungen	<input type="checkbox"/> Heil-/ Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Fahrtkosten <input type="checkbox"/> GEZ <input type="checkbox"/> Telefon
Wer ist ihr Hausarzt? (Name, Ort, Telefon)	<input type="checkbox"/> soll gewechselt werden
Wer sind ihre Fachärzte? (Fach, Name, Ort, Telefon)	<input type="checkbox"/> soll gewechselt werden

Datenschutz

Mit der elektronischen Verarbeitung und Speicherung der Daten erkläre ich mich einverstanden, soweit dieses im Rahmen des Aufnahmeverfahrens notwendig ist. Diese Daten unterliegen den Vorschriften des Datenschutzgesetzes.

Ort, Datum, Unterschrift
ggf. Datum, Unterschrift des Betreuers / Angehörigen

Interne Heimvermerke