

### Persönliche Daten des Bewohners (nicht Angehörige)

Name, Vorname, Titel	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	Geburtsname	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	Familienstand	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort	<input type="text"/>
Stadtteil	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
Telefon(von Bewohner)	<input type="text"/>	Handy	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

### Informationen zur Aufnahme

Einzug am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Zimmertyp: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐

Wahlleistungen: ☐ Wäscheversorgung ☐ Zimmerreinigung  
(Die Kennzeichnung der Wäsche erfolgt durch die Einrichtung und gegen einmalige Bezahlung)

☐ Frühstück ☐ Mittagessen ☐ Abendessen

Sind Allergien bekannt ☐ nein ☐ ja, welche? \_\_\_\_\_

### Finanzierung

☐ Selbstzahler

(Bitte beigefügte Einzugsermächtigung unterzeichnen und Vermögensnachweise beilegen)

☐ Unterstützung durch Sozialamt (bitte beigefügte Rentenüberleitung unterzeichnen)

Antrag gestellt am \_\_\_\_\_ bei folgendem Sozialamt \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie der Antragstellung beifügen)

### Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse  Versicherungsnummer

privat versichert? ☐ ja ☐ nein

### Angaben zur allgemeinen Rezeptgebührenbefreiung/ Schwerbehinderung

Befreiung vorhanden: ☐ ja, bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ ☐ nein

Grad der Behinderung vorhanden: ☐ ja \_\_\_\_ % ☐ nein

Merkmale: ☐ aG ☐ G ☐ B ☐ RF ☐ H ☐ BG

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	Frau Kreutzer	2.0	Oktober 2024	1 von 3

### Pflegemittel/ Friseur/ Fußpflege

Pflegemittel ☐ vom Haus ☐ eigene Pflegemittel

Friseur ☐ vom Haus ☐ eigener Friseur

Fußpflege ☐ vom Haus ☐ eigene Fußpflege

Termine werden selbst oder durch Angehörige vereinbart.

### Telefonanschluss

Ist ein Telefonanschluss im Zimmer gewünscht ☐ ja ☐ nein

### Bestattungsvorsorge

Bestattungsvertrag vorhanden ☐ ja ☐ nein Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Bestattungsinstitut \_\_\_\_\_

### Angabe zu den behandelten Ärzten

#### Hausarzt:

Name:

Tel.:  Fax:

Anschrift:

Erfolgen Hausbesuche durch Ihren jetzigen Hausarzt?

☐ ja ☐ nein (Es findet ein automatischer Wechsel zu einem unserer Kooperationsärzte statt)

### Angabe zu Angehörigen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigt? ☐ ja ☐ nein Patientenverfügung? ☐ ja ☐ nein

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	Frau Kreutzer	2.0	Oktober 2024	2 von 3

Vertragsunterlagen erhalten Sie? ☐ ja ☐ nein

Postüberleitung an Sie? ☐ ja ☐ nein

Rechnungsempfänger? ☐ ja ☐ nein

**Benachrichtigung im Notfall/ Sterbefall?** ☐ tagsüber ☐ nachts ☐ immer

### Angabe zu Angehörigen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigt? ☐ ja ☐ nein Patientenverfügung? ☐ ja ☐ nein

Vertragsunterlagen erhalten Sie? ☐ ja ☐ nein

Postüberleitung an Sie? ☐ ja ☐ nein

Rechnungsempfänger? ☐ ja ☐ nein

Benachrichtigung im Notfall/ Sterbefall? ☐ tagsüber ☐ nachts ☐ immer

### Regelung einer gesetzlichen Betreuung (nur auszufüllen, wenn Betreuerausweis vorhanden)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

☐ wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

bei folgendem Amtsgericht: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	Frau Kreutzer	2.0	Oktober 2024	3 von 3