

Debitorennummer: _____

Company Plus: _____

Ludwigshafen

Altrip

Römerberg

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

Betreuungszeitraum: vollstationäre Pflege ab _____._____._____
 Kurzzeitpflege von _____._____._____._____._____._____ bis _____._____._____

Wunsch der Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer Appartement

Finanzierung

- Selbstzahler (bitte beigelegte Einzugsermächtigung unterzeichnen und Vermögensnachweise beilegen)
- Unterstützung durch Sozialamt (bitte beigelegte Rentenüberleitung unterzeichnen)
 Antrag gestellt am _____ bei folgendem Sozialamt _____
 (Bitte Kopie der Antragstellung beifügen)

Angaben zur Pflegeversicherung/ Krankenversicherung

Pflegegrad 1 2 3 4 5

beantragt am _____

Höherstufung beantragt ja nein

Krankenkasse

Versicherungsnummer

privat versichert? ja nein

Beihilfe berechtigt? ja nein

| Freigabe GF | Geprüft | Bearbeiter | Version | Datum | Seite |
|-------------|------------|------------------------|---------|------------|---------|
| Frau Busch | Frau Busch | Koblisch/ Schommers | 2.5 | 08.12.2023 | 1 von 4 |

Angaben zur allgemeinen Rezeptgebührenbefreiung/ Schwerbehinderung

Befreiung vorhanden: ja, bis ____ . ____ . ____ nein

Schwerbehindertenausweis vorhanden: ja ____ % nein

Merkmale: aG G B RF H BG

Angaben zur Hilfs-/ Heilmittelversorgung

Gehstock Toilettenstuhl Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Sonstige _____

Ernährung

Vollkost passierte Kost Sondernahrung

Allergien _____

Pflegemittel/ Friseur/ Fußpflege

Pflegemittel vom Haus durch Angehörige

Friseur vom Haus eigener Friseur

Fußpflege vom Haus eigene Fußpflege

Termine werden durch Angehörige Einrichtung vereinbart.

Wäscheversorgung

Wäsche wird von Angehörigen Einrichtung gewaschen.

(Die Kennzeichnung der Wäsche erfolgt durch die Einrichtung)

Telefonanschluss

Ist ein Telefonanschluss im Zimmer gewünscht ja nein

Bestattungsvorsorge

Bestattungsvertrag vorhanden ja nein Vertragsnummer _____

Bestattungsinstitut _____

| Freigabe GF | Geprüft | Bearbeiter | Version | Datum | Seite |
|-------------|------------|------------------------|---------|------------|---------|
| Frau Busch | Frau Busch | Koblisch/ Schommers | 2.5 | 08.12.2023 | 2 von 4 |

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)

Fachärzte / Zahnarzt:

Name:

Tel.: Fax:

Anschrift:

Name:

Tel.: Fax:

Anschrift:

Name:

Tel.: Fax:

Anschrift:

Werden Zahnärztliche Untersuchungen gewünscht? ja nein

Erfolgen Hausbesuche durch den Facharzt? ja nein

| Freigabe GF | Geprüft | Bearbeiter | Version | Datum | Seite |
|-------------|------------|------------------------|---------|------------|---------|
| Frau Busch | Frau Busch | Koblisch/ Schommers | 2.5 | 08.12.2023 | 3 von 4 |

Angabe der Angehörigen

1. 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

2. 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: _____

Datum _____ **Unterschrift** _____

| Freigabe GF | Geprüft | Bearbeiter | Version | Datum | Seite |
|-------------|------------|------------------------|---------|------------|---------|
| Frau Busch | Frau Busch | Koblisch/ Schommers | 2.5 | 08.12.2023 | 4 von 4 |