

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 <small>von Bewohner</small>	<input type="text"/>	Handy <small>von Bewohner</small>	<input type="text"/>
E-Mail <small>von Bewohner</small>	<input type="text"/>		

**Informationen zur Aufnahme**

Betreuungszeitraum:  vollstationäre Pflege ab \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Wunsch der Unterbringung:  Einzelzimmer  Doppelzimmer  Appartement

**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 Pflegeversicherung/ Krankenversicherung**

Pflegegrad  1  2  3  4  5 beantragt am \_\_\_\_\_

Höherstufung beantragt  ja  nein Kostenübernahme beantragt  ja  nein

Krankenkasse  Versicherungsnummer

privat versichert?  ja  nein Beihilfe berechtigt?  ja  nein

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	Koblisch	2.5	März 2024	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  Sondennahrung

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	QMB	Koblisch	2.5	März 2024	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	QMB	Koblisch	2.5	März 2024	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	QMB	Koblisch	2.5	März 2024	4 von 4