

Debitorennummer: _____

Company Plus: _____

☐ Ludwigshafen

☐ Altrip

☐ Römerberg

Persönliche Daten des Bewohners (nicht Angehörige)

Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Straße

PLZ/Wohnort

Stadtteil

Konfession

Telefon

von Bewohner

Handy

von Bewohner

E-Mail

von Bewohner

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	November 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	November 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	November 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	November 2024	4 von 4