

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 von Bewohner	<input type="text"/>
E-Mail von Bewohner	<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    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	Dezember 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  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	QMB	Koblisch	2.5	Dezember 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	Dezember 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

Versand der Rechnung?  per Mail  per Post  im Zimmer hinterlegen

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	Dezember 2024	4 von 4