

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	September 2025	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	September 2025	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	September 2025	3 von 3