

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 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	Frau Koblich	2.5	September 2025	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	Frau Koblich	2.5	September 2025	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	Frau Koblich	2.5	September 2025	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	Frau Koblich	2.5	September 2025	4 von 4