Aufnahmebogen für neue Bewohner – Dauerpflege/ Kurzzeitpflege

Tag der Aufnahme :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dauer des Aufenthalts:

Name: Vorname:

Adresse:

Telefon:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Familienstand:

Geburtsort:

Derzeitiger Aufenthalt:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Wichtige Bezugsperson (Angaben bitte mit Telefon-Nr) (Tochter, Sohn, Bruder,

Schwester)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sonstige Angehörige :

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Im Todesfall: (Name und Anschrift des Bestattungsunternehmen)

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gerichtliche Betreuung :

* ja
* nein

Name/Anschrift des Betreuers :

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Wirkungskreis der Betreuung :

Bitte Kopie des Betreuungsausweise beilegen:

Besteht eine Vorsorgevollmacht:

* ja

Wirkungskreis :

Name / Anschrift des Bevollmächtigten:

* nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liegen Besonderheiten vor?

(z.B. Allergien/Herzschrittmachen)

* nein
* ja
* Wenn ja, welche ? :

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Liegen ansteckende Krankheiten vor? (Ärztliche Bescheinigung!)

* ja
* MRSA
* Hepatitis
* Tuberkulose
* Sonstige :

* nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hilfebedarf besteht bei:

Körperpflege : 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Waschen: 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Rasieren: 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Baden/Duschen: 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Blasenentleerung: 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Mundpflege: 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Darmentleerung: 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Kämmen: 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

0 Bei bestehender Harn/Stuhlinkontinenz bitte Inkontinenzbescheinigung beifügen!

Ernährung : 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Nahrungsaufnahme 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Mobilität : 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Aufstehen/

Zu-Bett-Gehen 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Treppen steigen 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

Umlagern 0 VÜ 0 TÜ 0 A 0 B 0U

VÜ: Vollübernahme TÜ: Teilübernahme A: Anleitung U: Unterstützung B: Beaufsichtigung

Mitgebrachte Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zusätzlicher Beaufsichtigungs-/ Betreuungsbedarf?

0 ja

0 nein

Aufgrund:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besteht eine Weglauftendenz? 0 ja 0 nein \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei bestehender Weglauftendenz ist eine Aufnahme in unserer Einrichtung leider nicht möglich. Sollte sich z.B. bei einer dementiellen Erkrankung, eine Weglauftendenz entwickeln wird eine Verlegung in eine dafür vorgesehene Einrichtung erforderlich.

Bestehen freiheitsbeschränkende Maßnahmen: 0 ja 0 nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liegt ein gerichtlicher Beschluss über die Maßnahmen vor?

0 ja (Kopie beigefügt)

0 nein 0 Antrag ist gestellt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einstufung in die Pflegeversicherung

Beantragt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Pflegestufe 0

0 Pflegestufe I

0 Pflegestufe II

0 Pflegestufe III

0 Höherstufung beantragt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt : (Bitte vor Aufnahme klären)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name/Anschrift der Krankenkasse:

(Versicherten-Nr. angeben)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name/Anschrift der Pflegekasse :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte Krankenversichertenkarte, Personalausweis und Zuzahlungsbefreiung mitbringen!

Wird Rente bezogen? 0 ja 0 nein

wenn ja welche? (Bescheide mitbringen!)

Höhe der Rente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rententräger/Anschrift :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besteht Anspruch auf Beihilfen? 0 ja 0 nein

Wenn ja, welche ? (Kopie beifügen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erhalten sie Leistungen vom Sozialamt? 0 ja 0 nein

(Bitte Bescheide mitbringen)

0 Beantragt

Wenn ja, welches Sozialamt :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiungen

Sind Sie von Transport und Medikamentenzuzahlungen befreit?

0 ja , bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte Befreiungsausweis mitbringen!

0 keine Befreiung vorhanden

Sind Sie von GEZ Gebühren befreit? GEZ-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 ja

0 nein

Bitte Gebührenbescheid / Befreiungsbescheid mitbringen!

Persönliche Gegenstände

Bringen Sie persönliche Gegenstände / Kleinmöbel mit?

0 ja 0 nein

Wenn ja, welche ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Achtung :

Bei Elektrogeräten wie Radio, Fernseher usw. muss eine aktuelle Bescheinigung eines Fachhändlers über die fehlerfreie Funktion der Elektrogeräte vorgelegt werden. Eine Inbetriebnahme der Gerätschaften ist sonst aus versicherungstechnischen Gründen nicht erlaubt.

Wäschekennzeichnung

Ist Ihre Wäsche bereits gekennzeichnet? 0 ja 0 nein

Für nicht gekennzeichnete Wäschestücke kann von der Einrichtung keine Haftung

Übernommen werden!!

Soll Ihre Wäsche im Haus gewaschen werden? 0 ja 0 nein

Ein Kennzeichnen (Patchen) sowie das Waschen der Wäsche kann durch die Einrichtung in Kooperation mit einer Wäscherei übernommen werden. Der einmalige Preis für das Patchen von Namenschildern beträgt 90,- Euro. Bitte achten Sie darauf, dass die Wäsche Pflegeleicht ist. (keine Handwäsche) Wäsche die eine spezielle Reinigung erfordert, muss separat gereinigt werden und wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt.

*Weiterhin bitten wir um Beachtung, dass eine endgültige Zusage bzgl. Heimaufnahme nur unter Vorliegen eines ärztlichen Aufnahmebogens möglich ist. Dieser ist in der Verwaltung erhältlich und kann bei Bedarf ausgegeben werden!*

Hiermit versichere ich/wir die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Ort und Datum Unterschrift