

Anfrageformular zur Aufnahme

 Vollstationär Kurzzeit-Verhinderungspflege Beschützender Bereich

Aufnahme: von _____ bis: _____ Ankunft: _____ Uhr

 so bald wie möglich Einzug ab: bei Bedarf/ Warteliste

Erstgespräch: am _____ telefonisch persönlich Hausführung am:

zwischen: _____ und: _____
 Kunde/Angehörige/Betreuer/in Hausleitung/Verwaltung

Daten des zukünftigen Bewohners:

Telefon:

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Geburtsort:

Straße:

PLZ&ORT:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Aktuelle Pflegeeinrichtung:

Wichtige Versorgungsinformationen für die Pflege:
 Demenz Aggressivität Schlaganfall Hinlauff Tendenz
 Wunden Diabetes Suchterkrankung Sonstiges: _____

Kostenträger: Selbstzahler Sozialhilfe/Bezirk

Krankenkasse:

KV-Nr.:

Zuzahlungsbefreit: ja neinBeihilfeberechtigt: ja neinPflegegrade: 1 2 3 4 5 beantragt am:
Hausarzt:

Telefon:

Adresse:

Vormaliger Hausarzt:

Telefon:

Weitere Fachärzte/ Konsiliarärzte:

Zahnarzt:

Augenarzt:

Hautarzt:

Urologe/Gynäkologe:

HNO-Arzt:

Orthopäde:

Sonstige Ärzte (Psychologe, Psychiater, usw.):

Anfrageformular zur Aufnahme

Haupt-Ansprechpartner:	E-Mail:
Vor- und Zuname:	Verwandtschaftsverhältnis:
Straße:	PLZ&ORT:
Telefon:	Mobil:
2. Angehörige:	E-Mail:
Vor- und Zuname:	Verwandtschaftsverhältnis:
Straße:	PLZ&ORT:
Telefon:	Mobil:
3. Angehörige:	E-Mail:
Vor- und Zuname:	Verwandtschaftsverhältnis:
Straße:	PLZ&ORT:
Telefon:	Mobil:
Andere Vertrauensperson:	E-Mail:
Vor- und Zuname:	Bezugsform (z. B Freundin):
Straße:	PLZ&ORT:
Telefon:	Mobil:
Amtsgerichtliche Betreuung: <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Finanzen	
Vor- und Zuname:	Bestellung: <input type="checkbox"/> Beruf <input type="checkbox"/> Ehrenamt/Fam.
Straße:	PLZ&ORT:
E-Mail:	Telefon:

Liegt eine Vollmacht vor? nein Ja: → Wer? _____

Patientenverfügung? nein Ja: → Wer? _____

Personalausweis: nein Ja **Schwerbehindertenausweis:** nein Ja

Apotheke:

Datum: _____ angemeldet durch: _____