

Anfrageformular zur Aufnahme

Vollstationär

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

Aufnahme: von _____ bis: _____ Ankunft: _____ Uhr

so bald wie möglich

Einzug ab:

bei Bedarf/ Warteliste

Erstgespräch: am _____

telefonisch

persönlich

Hausführung am:

zwischen: _____
Kunde/Angehörige/Betreuer/in

und: _____
Hausleitung/Verwaltung

Daten des zukünftigen Bewohners:

Telefon:

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Geburtsort:

Straße:

PLZ&ORT:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Wichtige Versorgungsinformationen für die Pflege:

Demenz

Aggressivität

Schlaganfall

psych. Auffälligkeiten: _____

Wunden

Diabetes

Suchterkrankung

Sonstiges: _____

Kostenträger:

Selbstzahler

Sozialhilfe

Krankenkasse:

KV-Nr.:

Zuzahlungsbefreit: ja nein

Beihilfeberechtigt: ja nein

Sars-Cov2-Impfung: ja nein Impfwilling

Daten Impfungen:

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

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

Patientenverfügung? nein Ja: → Wer? _____

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

Apotheke:
:

Datum: _____ angemeldet durch: _____