

Stationäre Pflege/Langzeitpflege

Verhinderungspflege

Angaben zum Wohnbereich (auszufüllen von der Einrichtung)

Wohnbereich:							
Zimmer:			Einbettzimmer		Doppelzimmer		
Aufnahmetag:		Uhrzeit:			Unbefristet		Befristet bis

Angaben zur Person

Name, Vorname:							
Geburtsname:							
Geburtsdatum:		Geburtsort:					
Meldeadresse:							
Derzeitiger Aufenthaltsort:							
Telefon:					Fax:		
E-Mail-Adresse:							
Familienstand:					Größe:		
Konfession:					Gewicht:		
Allergien/ Unverträglichkeiten:							

Angehörige*r

Betreuer*in

Vorsorgebevollmächtigte*r

Name, Vorname:							
Meldeadresse:							
Verwandtschafts- verhältnis:					Telefon:		
E-Mail-Adresse:					Fax:		

Gesetzliche Betreuung

Besteht		Beantragt am:		Betr.-Ausweis-Nr.:	
Besteht nicht		Amtsgericht			
Aufgabenkreis:					
Aufenthaltsbestimmung		Vermögenssorge		Gesundheitssorge	
Behördenangelegenheiten		Wohnungsangelegenheiten		Post	

Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse:				Gesundheitskarte erhalten
Versichertennummer:				Befreiungskarte erhalten
Zuzahlungsbefreiung liegt vor?	Ja		Nein	Geltungszeitraum:

Angaben zur Pflegeversicherung

Liegt ein Pflegegrad vor?	Ja		Nein	Pflegegrad:
---------------------------	----	--	------	-------------

Finanzierung der stationären Pflege

Kann der Eigenanteil aus eigenen Mitteln finanziert werden?	Ja		Nein
Ein Antrag auf Übernahme, der aus eigenen Mitteln nicht zu finanzierenden stationären Pflege, wird beim Sozialhilfeträger gestellt?	Ja		Nein
Wird eine Beratung/Unterstützung bei der Antragstellung durch unseren Sozialdienst gewünscht?	Ja		Nein
Besteht schon ein Leistungsanspruch beim Sozialhilfeträger?	Ja		Nein
Beim Bezirksamt:	Aktenzeichen:		
Eine Beihilfeberechtigung liegt vor?	Ja		Nein

Ärztliche Versorgung

Name/Anschrift des*der Hausarztes*ärztin bzw. Facharztes*ärztin:			
Die Versorgung durch die kooperierenden Ärzte*innen in der Einrichtung wird gewünscht?	Ja		Nein

Diese Hilfsmittel werden mitgebracht

Rollstuhl	Rollator	WC-Sitzerhöhung	mob. Sauerstoffgerät
PEG-Versorgungssystem			

Folgende Ausweise und Verträge sind vorhanden

Schwerbehindertenausweis	Berechtigung Sonderfahrdienst
Grad der Behinderung in %	Patientenverfügung
Merkzeichen	Vertrag zur Bestattungsvorsorge
Aufklärung über Anlage E des Heimvertrages ist erfolgt.	

Polizeiliche Ummeldung erfolgt durch

Angehörige*n/gesetzl. Vertreter*in	Sozialdienst
------------------------------------	--------------

Anmerkungen und Wünsche

Datum, Unterschrift Pflegeeinrichtung

Datum, Unterschrift Bewohner*in bzw. gesetzliche*r Vertreter*in

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die o.g. Daten zu internen Zwecken verarbeitet, genutzt und gespeichert werden.

Datum, Unterschrift Bewohner*in bzw. gesetzliche*r Vertreter*in