

Hauptwohnsitz (polizeilich gemeldet)**Straße:****PLZ/Ort:****Telefon:**

Derzeitiger Aufenthalt

- Häuslichkeit Krankenhaus
 Betreutes Wohnen Rehaklinik
 andere Pflegeeinrichtung Kur Kurzzeitpflege

Namen der Einrichtung: _____

Angehörige/Bevollmächtigter**Vor- und Zuname:****Verwandtschaftsverhältnis:****Straße:****PLZ/Ort:****Telefon:****E-Mail:****Vollmacht vorhanden:** ja nein**Patientenverfügung vorhanden:** ja nein**Bitte in Kopie bei Aufnahme beifügen!**

Hausarzt**Name:****Straße:****PLZ/Ort:****Telefon:**

Mitbehandelnde Fachärzte**Name:****Straße:****PLZ/Ort:****Telefon:**

Mitbehandelnde Fachärzte**Name:****Straße:****PLZ/Ort:****Telefon:**

Mitbehandelnde Fachärzte

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mitbehandelnde Therapeuten

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mitbehandelnde Therapeuten

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Besitzen Sie einen Impfstatus?

ja

nein

Wenn ja, dann ist bei Aufnahme der Nachweis vorzulegen.

Pflegerische Angaben**Kranken- bzw. Pflegekasse:****Versicherungs-Nr.:****Zuzahlungsbefreit:** ja nein**Pflegegrad:** 1 2 3 4 5 vorhanden**Höherstufung beantragt:**

Der Nachweis einer Pflegebedürftigkeit ist bei der Heimaufnahme unbedingt erforderlich. Bescheid bitte beifügen!

Blitzgutachten**Blitzgutachten beantragt:** positiv negativ **Info am:****Einkommensverhältnisse****Art des Einkommens:** Altersrente Witwenrente**Deckung der Heimkosten mit monatlichem Einkommen möglich?** ja nein

Der aktuelle Rentenbescheid ist nur bei Heimaufnahme vorzulegen.

Ist Antrag auf Sozialhilfe nötig? ja nein

Welche Krankheitsbilder liegen vor?

- Diabetes
- Epilepsie
- Inkontinenz (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz)
- IKM vorhanden
- Herzschrittmacher
- Falithrom-Patient/in
- künstliche Ernährung
- vorhandene Hilfsmittel (Gehwagen, Rollstuhl, etc.)
- Demenz
- Hin- oder Weglauftendenz
- Allergien/Unverträglichkeiten
- Dauerkatheter
- Anus praeter
- Hörgeräte
- Zahnersatz
- Suchterkrankung
- Raucher

Welche Dienstleistungen sind erwünscht?

- Verwahrgeldkonto
- Telefon privat Heim
- Fernsehgerät privat Heim
- Frisör
- Fußpflege

Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift

zukünftiger Bewohner/ Angehöriger/ Betreuer