



Allgemeiner Fragebogen zur Aufnahme

- als dauerhafter Bewohner des Seniorenzentrums
 als Kurzzeitpflegegast vom.....bis.....

Personalien

Familien und Geburtsname _____

Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) _____

Geburtstag -ort, Kreis _____

Familienstand _____

Konfession _____

erlernter/ehemaliger Beruf _____

Staatsangehörigkeit _____

Wohnort, Straße, Nr. _____

Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt _____

Kirchengemeinde _____

Angehörige:

1. _____

Name	Adresse	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------	---------------------

2. _____

Name	Adresse	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------	---------------------

3. _____

Name	Adresse	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------	---------------------

4. _____

Name	Adresse	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------	---------------------

Mit wem soll der notwendige Schriftverkehr geführt werden?

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------



Besteht eine gesetzliche Betreuung? Nein Ja

Umfang: Aufenthalt Vermögensangelegenheiten Gesundheit alles

Bestehen Vollmachten? nein ja

Besteht eine Vorsorgevollmacht? nein ja

Besteht eine Patientenverfügung? nein ja

Krankenversicherung und Versicherungsnummer: _____

Impfstatus Covid-19: _____ Grundimmunisierung: _____ letzte Auffrischung: _____

Hausarzt _____

Sind Sie beihilfeberechtigt: nein ja

Arzneimittelbefreiung: nein ja von _____ bis _____

Heimkosten werden aufgebracht durch:

eigenes Einkommen (Rente, Vermögen) Höhe: _____

das zuständige Sozialamt Antrag gestellt? _____

Derzeitiger Pflegegrad: _____

Ist ein Antrag auf Einstufung/Höherstufung gestellt? _____

gewünschter Wohnraum: Einzelzimmer
 Doppelzimmer

Bei Einzug bitte mitbringen:

1. Gesundheitszeugnis: Bescheinigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz
2. Mitteilung der Pflegekasse über Zahlung von Pflegegeld
3. Krankenkassenversicherungskarte
4. Kopie vom Personalausweis
5. Kopie von der Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
6. Letzten Krankenhausbericht (wenn vorhanden)
7. Impfnachweis

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____