



Allgemeiner Fragebogen zur Aufnahme

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

Personalien

Familien und Geburtsname _____

Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) _____

Geburtstag, Geburtsort, Kreis _____

Familienstand _____

Konfession _____

erlernter/ehemaliger Beruf _____

Staatsangehörigkeit _____

Wohnort, Straße, Haus-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? **O Nein** **O Ja**

Umfang: Aufenthalt O Vermögensangelegenheiten O Gesundheit O alles O

Bestehen Vollmachten? O nein O ja

Besteht eine Vorsorgevollmacht? O nein O ja

Besteht eine Patientenverfügung? O nein O ja

Krankenversicherung und Versicherungsnummer:

Hausarzt

Sind Sie beihilfeberechtigt: O nein O ja

Arzneimittelbefreiung: O nein O ja von _____ bis _____

Heimkosten werden aufgebracht durch:

O eigenes Einkommen (Rente, Vermögen) Höhe: _____

O das zuständige Sozialamt Antrag gestellt? _____

Derzeitiger Pflegegrad: _____

ist ein Antrag auf Einstufung/Höherstufung gestellt? _____

gewünschter Wohnraum: O Einzelzimmer
 O Doppelzimmer

Versorgung mit Pflegeprodukten: O wird privat organisiert
 O soll vom Heim organisiert werden (wird vj. Abgerechnet)

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
8. **Mit Namen versehene Bekleidung**

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____