



http://zhv.kaos-dev.de/wp-content/uploads/2017/10/HDBU_Aufnahmebogen.pdf

G 1.1 Aufnahmebogen

Zim. N:

Vollstationär ab _____ bis _____

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Religion _____ Staatsangehörigkeit _____

Derzeitiger Aufenthalt _____

Letzte Adresse _____

Krankenkasse _____ Rezeptgebührenbefreiung ja nein

Pflegegrad _____ §45a Einstufung _____ Antrag gestellt am _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Rentenversicherungsanstalt (Witwenrente, Altersrente, Betriebsrente) _____ € _____

Kontaktpersonen

1. Angehöriger

2. Angehöriger

Name _____

Name _____

Straße _____

Straße _____

Ort _____

Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

wie verwandt _____

wie verwandt _____

E-Mail _____

E-Mail _____

Betreuer/Bervollmächtigter:

Name _____

vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen

Straße _____

Aufgabenkreise: _____

Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	15.01.2013	Seite 1 von 2



Finanzielle Angelegenheiten (Heimkostenübernahme durch):

Selbstzahler ja nein

Sozialhilfeträger ja nein

Welche Serviceleistungen vom Haus sollen in Anspruch genommen werden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wäschekennzeichnung | <input type="checkbox"/> Pauschal einmalig 15,-€ |
| | <input type="checkbox"/> Kennzeichnung durch die Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Fußpflege | <input type="checkbox"/> Näharbeiten je Stunde 12,50 Euro |
| <input type="checkbox"/> Friseurleistungen | <input type="checkbox"/> Einkaufsservice |
| <input type="checkbox"/> Körperpflegemittel | <input type="checkbox"/> Begleitungsservice /Arztbesuche |
| <input type="checkbox"/> Getränke | |

Haftpflichtversicherung _____

Schwerbehindertenausweis ja nein

Besteht eine Patientenverfügung ja nein

Existieren Vollmachten ja nein Welche? _____

Besteht eine Bestattungsvorsorge ja nein

Wenn ja, wo _____

Seelsorge erwünscht ja nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen _____

Im Notfall benachrichtigen _____ von _____ bis _____

Raum für Ergänzungen

Schechingen, den _____

Ort/Datum

Unterschrift

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	15.01.2013	Seite 2 von 2



Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	15.01.2013	Seite 3 von 2