

Informationen zur Aufnahme

Datum:

Name		Familienstand	
Geburtsname		Religion	
Vorname		Staatsangehörigkeit	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Pflegegrad	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Seit:
Geburtsdatum		Gewünschte Leistung	☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege ☐ vollstationäre Pflege
Geburtsort			
Straße, Hausnr.		Höherstufung beantragt am:	
PLZ, Ort		Telefon	

Derzeitiger Aufenthalt	
Interesse am Einzug	☐ aktuell/kurzfristig ☐ Voranmeldung für:
Grund des Aufnahme-wunsches	
Ärztliche Diagnosen	
Hilfsmittel	☐ Rollstuhl ☐ Rollator
Einzugsdatum	

Bezugspersonen/Betreuung

Name		Telefon priv.	
Vorname		Telefon gesch.	
Verwandtschaftsgrad		Mobil	
		E-Mail	
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Vollmacht/Betreuung	☐ Vollmacht ☐ Betreuung		

Bemerkung

--

Weitere Kontaktperson

Name

Vorname

Verwandtschaftsgrad

Telefon priv.

Telefon gesch.

Mobil

E-Mail

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Bemerkung

Vollmacht

Dokumente/Bescheinigungen

Krankenversicherungskarte/Rezeptgebührenbefreiung

Krankenkasse

gültig bis

KV-Nr.

Rezeptgebührenbefr.

☐ ja ☐ nein

Personalausweis

vorhanden

☐ ja ☐ nein

Schwerbehindertenausweis

vorhanden

☐ ja ☐ nein

gültig bis

Merkzeichen

Patientenverfügung

liegt vor

☐ ja ☐ nein

Hausärztin/ Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)

wird die ärztliche Behandlung weiter übernehmen? ☐ ja ☐ nein

Fachärztin/ Facharzt (Name, Anschrift, Telefon)

wird die ärztliche Behandlung weiter übernehmen? ☐ ja ☐ nein

Datum, Unterschrift : _____

Erstgespräch am: _____

Geführt von: _____