Altenzentren der Stadt Solingen
gemeinnützige GmbH

Informationen zur Aufnahme

Datum:

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

Derzeitiger Aufenthalt	
Interesse am Einzug	☐ aktuell/kurzfristig ☐ Voranmeldung für:
Grund des Aufnahme-wunsches	
Ärztliche Diagnosen	
Corona-Impfstatus	☐ ungeimpft ☐ immunisiert: _____
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		Telefon priv.	
Vorname		Telefon gesch.	
Verwandtschaftsgrad		Mobil	
		E-Mail	
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Bemerkung			
Vollmacht			

Dokumente/Bescheinigungen

Krankenversicherungskarte/Rezeptgebührenbefreiung

Krankenkasse		KV-Nr.	
gültig bis		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: _____