

Aufnahme Fragebogen (streng vertraulich)

Persönliche Daten des Interessenten/Bewohner/in

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum/-ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

Familienstand: _____ Rentner seit: _____

Bisherige Adresse: _____

_____ Telefonnummer: _____

Pflegegrad: _____ seit: _____

Kontaktperson 1: Bevollmächtigter: Verhältnis zum Interessenten: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Kontaktperson 2: _____ Verhältnis zum Interessenten: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer mobil: _____

E-Mail: _____

Folgende Vollmachten/schriftliche Regelungen liegen vor: in Kopie mitbringen

Patientenverfügung _____ Regelungen im Sterbe-/Todesfall _____

Generalvollmacht _____ Sonstiges: _____

Interessant befindet sich derzeit

zu Hause im Krankenhaus in der Rehaklinik

in einer anderen Pflegeeinrichtung sonstiges

Nähere Angaben _____

Aufnahmewunsch:

gewünschte Aufnahme am: _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Vollstationäre Aufnahme Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Bisheriger Hausarzt:

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ soll behandelnder Arzt bleiben

Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Weitere Informationen zur Krankenkasse: Kopie der Versicherungskarte!

Ver. Nr. _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Rezeptgebührenbefreiung? beantragt Nein Ja, bis _____

Pflegeversicherung

Anschrift der Pflegekasse: _____

Falls noch keine Pflegegrad vorliegt: beantragt Antrag notwendig

Beihilfeberechtigung liegt vor: Nein Ja _____ %

Gesetzliche Betreuung Antrag muss gestellt werden

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Fax: _____

Telefon mobil: _____ E-Mail: _____

Bereich

umfassend Pflege Wohnung Aufenthaltsbestimmung
 Gesundheitsfürsorge Vermögen Post sonstiges

Freiheitsentziehende Maßnahmen (falls notwendig)

Antrag muss gestellt werden _____

Beschluss vom: _____ AZ: _____

genehmigt am: _____ bis: _____

Kopie des Beschlusses liegt vor: _____

Haftpflichtversicherung

Besteht eine Haftpflichtversicherung? Ja Nein

Telefonanschluss gewünscht?

Ja Nein

Kostenträger

Genügend eigene Mittel vorhanden

Erhält bereits Sozialhilfe

Antrag auf Sozialhilfe wurde gestellt

Zuständiges Sozialamt:

Ansprechpartner:

Anschrift:

Rentenbescheide in Kopie beilegen

Rechnung:

Bitte an Bewohner Betreuer/in Kontaktperson 1
 Kontaktperson 2 Sonstige: Name, Vorname Anschrift

Schwerbehinderung:

Schwerbehindertenausweis liegt vor: gültig bis:

Art der Behinderung:

Grad der Behinderung:

Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator Gehstock Brille Hörgeräte
 Prothesen Inkontinenzmaterial Sonstige

Impfungen: Impfausweis in Kopie mitbringen

Dienstleistungen im Haus erwünscht:

Friseur Fußpflege

Datenschutzbestimmung

Ich willige ein, dass Seniorenzentrum Conradtypark personenbezogene Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der firmeninternen Bewohnerverwaltung, der Kostenabrechnung und zur Kommunikation mit Kostenträgern (Pflegekassen, Krankenkassen, Kostenträger der Sozialhilfe) sowie Hausarzt und Apotheke zur Medikamentenbestellung und -lieferung verarbeitet und nutzt.

Ort / Datum: _____ Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter/Betreuer: _____