

Aufnahmegrund:**1. Aufnahme für:**

- Betreutes Wohnen
 Altenheim
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Tagespflege

Zimmer Nr. _____

Datum: _____

Aufnahme-Uhrzeit: **10:00 Uhr**

Handzeichen: _____

- Doppelzimmer Einzelzimmer Unruhe Weglaufendenz Bettgitter

Bitte beachten Sie, dass bei dem Wunsch auf ein Einzelzimmer, eine Aufnahme in ein Einzelzimmer nicht gewährleistet werden kann!

2. Persönliche Daten des Kunden

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt: Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung _____Werden Sie zur Zeit von einer Sozialstation oder einem ambulanten Dienst betreut? Ja nein
von wem? _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Schwerbehindertenausweis beantragt /vorhanden? Ja _____ %, gültig bis _____ Nein**3. Krankenkasse/Pflegekasse**Name: _____ Anschrift: _____
Tel, Fax: _____ Vers.Nr: _____Zuzahlungsbefreiung vorhanden: Ja Nein

Pflegegrad _____ besteht ab: _____

Antrag auf Pflegegrad gestellt: Ja, am _____ von: _____ Nein

Liegt eine Bewilligung auf erheblich allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 43 b SGB XI vor?

Mitteilung Pflegekasse über Pflegeleistungen beantragt Ja Nein**4. Ärztliche Versorgung (falls ein neuer Hausarzt benötigt wird, bemühen Sie sich bitte rechtzeitig darum!)**

Bisheriger Hausarzt

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

SARS-CoV-2 Impfung vorhanden? ja nein

Datum Erst-, Zweitimpfung, Booster: _____

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
BQM	wohnstift steigerwald	1		- 1
				von 2

Aufnahmegrund:**5. Freiheitsentziehende Maßnahmen**

Der Beschluss muss bei Aufnahme vorhanden und gültig sein und evtl. für die Kurzzeitpflege beantragt werden. (Bettgitter, Rollstuhlgurt, Rollstuhlbremsen etc.)

6. Kontaktadressen / Angehörige:**Angehöriger 1:**

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____
 Adresse: _____ Tel: _____
 Fax: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Angehöriger 2:

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____
 Adresse: _____ Tel: _____
 Fax: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

7. Vertretung des Kunden / Bewohners:

(alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen)

- Der Bewohner ist voll geschäftsfähig** **Der Bewohner ist nicht geschäftsfähig**
Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erfüllungen (Auskunftsberichtigung und Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen.
- Vollmacht liegt schriftlich vor (genaue Bezeichnung der Vollmacht):** _____
 Name Bevollmächtigter: _____
- Amtlich bestellte Betreuung** **ist beantragt am** _____ von _____
 Name _____ **besteht seit** _____ **zuständ. Amtsgericht:** _____
- Patientenverfügung**

8. Allgemeines:

Soll im Notfall auch nachts angerufen werden? Ja Nein

Bitte bemühen Sie sich eigenständig um einen Fernseher und ein Telefon!

9. Gesundheitszustand

Grunderkrankungen: _____

Gesundheitszustand zurzeit: _____

Mobilität: bettlägerig Ja Nein
 Wird Sauerstoff benötigt? Ja Nein

Vorhandene Hilfsmittel: _____
 Ernährung selbstständig Ja Nein

Orientierung: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
BQM	wohnstift steigerwald	1		- 2
				von 2