

## Fragebogen zur Aufnahme

Bei den mit einem \* gekennzeichneten Felder sind die Angaben freiwillig.

Name, Vorname:  Geburtsname:

Anschrift, Tel.-Nr.\*:

Geburtsdatum:  Geburtsort \*:

Beruf \*:  Konfession \*:

Familienstand \*:  verheiratet  geschieden  verwitwet  ledig

### Derzeitiger Aufenthalt:

Ja  Nein Befindet sich der zukünftige Bewohner derzeit im Krankenhaus?

⇒ In welchem ?

Grund:

Ja  Nein Befindet sich der zukünftige Bewohner derzeit in einem anderen Pflegeheim?

⇒ In welchem ?

### Angehörige \*:

Name, Vorname:

Anschrift:

Verwandtschaftsgrad:  Tel.-Nr.:

Liegt eine  Betreuung,  Vorsorgevollmacht oder  Patientenverfügung vor?  
(Bitte Kopien beifügen)

Gerichtlich bestellter Betreuer (Bitte Betreuerausweis in Kopie beifügen) bzw.  
 Bevollmächtigter

Name, Vorname:

Anschrift:

Verwandtschaftsgrad:  Tel.-Nr.\*:

e-mail Adresse\*

### Hausarzt:

Name, Anschrift:

Ist eine zahnärztliche Versorgung gewünscht ?  Ja  Nein

### Zahnarzt:

Name, Anschrift:

### Krankenkasse:

Name:

Anschrift:

Vers.-Nr.

Ja  Nein Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln bzw. Fahrtkosten vor (Bitte Kopie beifügen) ?

## Gewünschte Unterbringung:

Termin der Aufnahme:   Einzelzimmer  Doppelzimmer

Termin der Aufnahme bei Kurzzeitpflege:  bis

## Pflegestufe:

Ja  Nein Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor (Bitte Kopie beifügen)?

⇒ In welche ?  PG 1  PG 2  PG 3  PG 4  PG 5

⇒  Ja  Nein Wurde bereits ein Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad gestellt?

Ja  Nein Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Kurzzeit- bzw. vollstationäre Pflege gestellt (Bitte Kopie beifügen)?

⇒ am  durch:

## Rechnungslegung per Mail:

Ja  Nein E-Mail-Adresse:

## Kostenträger\* (nur bei vollstationärer Pflege):

Ja  Nein Reicht das monatliche Einkommen aus, um die Heimkosten zu decken?

⇒  Ja  Nein Soll ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden?

Zust. Sozialamt:

## Inkontinenzmittellieferant:

Ja Besteht ein Vertrag mit einem Inkontinenzmittellieferanten?

Ja Besteht ein Vertrag mit einem Sanitätshaus? (Rollator, Rollstuhl ...)

  
  

## Bestattungsinstitut für Todesfall:

Bestattungsinstitut:

Hiermit nehme ich eine verbindliche Anmeldung vor, die jederzeit widerrufen werden kann.

Datum:  Unterschrift:

**Vorvertragliche Information: Hiermit bestätige ich, dass ich die allgemeine vorvertragliche Information (Prospekt) und die konkrete vorvertragliche Information für vollstationäre Pflege erhalten habe.**

Datum:  Unterschrift:

**Informationen zum Datenschutz: Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten habe (Seite 13-15).**

Datum:  Unterschrift:

## Sonstige Angaben, Ergänzungen, Wünsche:

  

## Datenschutz:

Die von Ihnen gemachten Angaben werden im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erhoben, verarbeitet und genutzt. Die erhobenen Daten werden zum Zwecke der Erstellung des Heimvertrages, für die Pflegedokumentation und die Abrechnung der Heimkosten sowie für die Meldungen an die Pflegekasse und Behörden verwendet.