



**G 1.1 Aufnahmebogen**

Zim. Nr.:

Vollstationär ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

Letzte Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Rezeptgebührenbefreiung ja nein

Pflegegrad \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsanstalt (Witwenrente, Altersrente, Betriebsrente) \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

**Kontaktpersonen**

**1. Angehörige/r**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

wie verwandt \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**2. Angehörige/r**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

wie verwandt \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Betreuer/in/ Bevollmächtigte/r:**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen

Aufgabenkreise: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 1 von 2



**Finanzielle Angelegenheiten (Kostenübernahme durch):**

**Selbstzahler**             ja    nein

**Sozialhilfeträger**     ja    nein

**Welche Serviceleistungen vom Haus sollen in Anspruch genommen werden?**

- Wäschekennzeichnung                       Kennzeichnung durch die Einrichtung
- Fußpflege     Näharbeiten je Stunde 12,50 Euro
- Friseurleistungen                                       Einkaufsservice
- Körperpflegemittel                                       Begleitungsservice /Arztbesuche
- Getränke     Freischaltung Telefonanschluss gegen monatl. Gebühr
- Telefongerät gegen Mietgebühr

**Haftpflichtversicherung** \_\_\_\_\_

**Schwerbehindertenausweis**             ja     nein

**Besteht eine Patientenverfügung**     ja     nein

**Existieren Vollmachten**                       ja     nein Welche? \_\_\_\_\_

**Besteht eine Bestattungsvorsorge**     ja     nein

**Wenn ja, wo** \_\_\_\_\_

**Seelsorge erwünscht**                       ja     nein

**Freiheitsentziehende Maßnahmen** \_\_\_\_\_

**Im Notfall benachrichtigen** \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Raum für Ergänzungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Göggingen, den** \_\_\_\_\_

**Unterschrift**

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 2 von 2