

Heimaufnahmebogen

Angaben zur Person

(mit * gekennzeichnete Felder bitte ankreuzen)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____

Anschrift: _____

Personalausweis Nr.: _____

Derzeitiger Aufenthalt:* Krankenhaus bei Familie eigene Häuslichkeit
 Sonstiges

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

Beihilfeberechtigt:* Ja, zu _____ % Nein

Name des Hausarztes: _____ Ort: _____

Pflegegrad:* 0 1 2 3 4 5

Sondennahrung?* Ja Nein

Bezugspersonen:

- 1) Name, Vorname: _____
Art der Verwandtschaft: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Sonstiges: _____

- 2) Name, Vorname: _____
Art der Verwandtschaft: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Sonstiges: _____

- 3) Name, Vorname: _____
Art der Verwandtschaft: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Sonstiges: _____

gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Besteht eine Vorsorgevollmacht* Ja Nein **Kopie bitte beilegen.**
Besteht eine Generalvollmacht* Ja Nein **Kopie bitte beilegen.**

Rechnungsempfänger:*

wie gesetzlicher Vertreter/Betreuer Sonstige:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Informationen über die Heimaufnahme:*

Kurzzeitpflege (von _____ bis _____) vollstationäre Pflege
 Pflege mit beschützter Unterbringung Verhinderungspflege

Grund der Heimaufnahme:*

Erholung nach Krankenhausaufenthalt Verhinderung d. Pflegeperson
 dauerhafte Pflegebedürftigkeit Eigen-/Fremdgefährdung

Sonstiges: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

_____, den _____

Unterschrift: _____