



**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**

**2. Angehörige/r**

**Name** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Betreuer/in/ Bevollmächtigte/r:**

**Name** \_\_\_\_\_

vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen

**Straße** \_\_\_\_\_

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

**Ort** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wäschekennzeichnung           | <input type="checkbox"/> Kennzeichnung durch die Einrichtung                 |
| <input type="checkbox"/> Fußpflege                     | <input type="checkbox"/> Näharbeiten je Stunde 12,50 Euro                    |
| <input type="checkbox"/> Friseurleistungen             | <input type="checkbox"/> Einkaufsservice                                     |
| <input type="checkbox"/> Körperpflegemittel            | <input type="checkbox"/> Begleitungsservice /Arztbesuche                     |
| <input type="checkbox"/> Getränke                      | <input type="checkbox"/> Freischaltung Telefonanschluss gegen monatl. Gebühr |
| <input type="checkbox"/> 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**

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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