



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?

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

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