

**- Bitte vollständig ausfüllen! -**

Heimaufnahmebogen



vollstationäre Pflege       Kurzzeitpflege       unverbindliche Reservierung

**Aufnahme am** .....      **Auszug am** .....

Uhrzeit .....      .....

Einbettzimmer       Zweibettzimmer      Zimmer Nr.: .....

**Stammdaten Bewohner/in**

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsname
Geburtsort	Nationalität
Familienstand	Konfession

**Bezugspersonen / Bevollmächtigte**

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail
Verwandtschaftsverhältnis/Bevollmächtigter	(Bitte Vollmacht beifügen)

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail
Verwandtschaftsverhältnis/Bevollmächtigter	(Bitte Vollmacht beifügen)

**Bei Postvollmacht:**  Post wird regelmäßig abgeholt       Post bitte zuschicken  
(kostenpflichtig)

Gerichtlich bestellter Betreuer?  Ja (Bitte Bestellung beifügen)  Nein

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail

**Freiheitsentziehende Maßnahmen**  genehmigt (Bescheid beifügen)  muss beantragt werden

### Ärztliche Behandlung

1.Name /Anschrift	Tel:
2.Name /Anschrift	Tel:

### Pflege

Kranken-/Pflegekasse	Versicherten-Nr.
----------------------	------------------

Zuzahlungsbefreiung  Ja (Bitte Ausweis beifügen)  Nein

Pflegegrad liegt vor  Ja (Bitte Bescheid beifügen)  Nein

Pflegegrad  1  2  3  4  5

Ein Pflegegrad liegt nicht vor, ein Antrag wurde aber gestellt am .....

### Allgemeines

Ich bin einverstanden, dass der/die Bewohner/in

den hauseigenen Friseur besucht (kostenpflichtig)  Ja  Nein  n. Wunsch

die hauseigene Fußpflege besucht 6-wöchentl. – 15,50€  Ja  Nein  n. Wunsch

Ich bin einverstanden mit der

Bestellung von Wäscheetiketten und Zeichnung der Wäsche  Ja  Nein

Versorgung mit Kosmetikartikeln  Ja  Nein  n. Wunsch

(jeweils zum Selbstkostenpreis)

medikamentösen Versorgung durch die Vertragsapotheker  Ja  Nein

Pflegerrelevante Diagnosen:

.....  
.....  
.....

Infektionskrankheiten/Allergien  nein  ja .....

Kostform:  Vollkost  Weiche Kost  pürrierte Kost  Unverträglichkeiten

Welche.....

**Kostenträger**

Selbstzahler  Ja  Nein

Rechnungsempfänger:

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort

Die Information vor Vertragsabschluss nach § 3 WBVG habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Bewohners/Bevollmächtigte/Betreuers