

AUFNAHMEANTRAG



Seniorenpflegeeinrichtung
Haus Bocksberg

Apfelweg 7; 72475 Bitz

Telefon
Fax
Email

07431 9595-0
07431 9595-199
info@hausbocksberg.de

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen!

Eingangsvermerk

Aufnahmetermin:

Betreuungsform:

- Dauerpflege
 Kurzzeitpflege
 Verhinderungspflege

Wohnbereich:

Zimmer Nr.

von:

bis:

Daten der aufzunehmenden Person

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

Persönliche Daten

Geburtsdatum:

erlernter Beruf:

Geburtsort:

ausgeübter/ehem.Beruf:

Familienstand:

letzte Eheschließung:

seit:

Anzahl Kinder

Konfession:

Schwerbehinderung:

Staatsangehörigkeit:

Schwerbehindertenausweis:

 ja nein

Angehörige

Priorität 1

Name:

Vorname:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

privat: gesch.:

wie verwandt:

Email

Nachricht bei

Abwesenheit an:

Sonstiges

Angehörige

Priorität 2

Name:

Vorname:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ / Wohnort:

Telefon: privat

privat: gesch.:

wie verwandt:

Angehörige

Priorität 3

Name:

Vorname:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ / Wohnort:

Telefon: privat

privat: gesch.:

wie verwandt:

Betreuer		Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>		schriftliche Bestätigung liegt vor <input type="checkbox"/>	
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>		
Straße/Haus-Nr.:	<input type="text"/>	PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Amtsgericht:	<input type="text"/>		
Geschäftszeichen:	<input type="text"/>	Betreuung seit:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	Vollmacht seit:	<input type="text"/>		

Krankenkasse:		Zuzahlungsbefreiung liegt vor		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name der Kasse:	<input type="text"/>	KV - Nummer:	<input type="text"/>		

Pflegekasse:	
Name der Kasse:	<input type="text"/>
Nummer:	<input type="text"/>

Hausarzt:			
Name Arzt:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>

Facharzt:			
Name Arzt:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>

Einkommen:			
Art des Einkommens:	<input type="text"/>	Zahlende Stelle:	<input type="text"/>
		Betrag:	<input type="text"/> €

Kostenträger:		Sozialhilfeantrag bitte vor Heimeinzug stellen. Kostenübernahme muss geklärt sein!		Pflegekasse Selbstzahler Sozialhilfe		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----------------------	--	---	--	---	--	--

Sozialhilfeantrag:					
Antrag ist gestellt:	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>	Stelle	<input type="text"/>
Antrag wird gestellt von:	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>		

Pflegekassenantrag:		beantragte Pflegestufe		<input type="text"/>
genehmigte Pflegestufe	<input type="text"/>	Antrag gestellt:	ja nein	<input type="checkbox"/> bitte Bescheid beifügen! <input type="checkbox"/> bitte Antrag stellen!

Heimkostenabrechnung Rechnungsempfänger					
Name	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>	Straße	<input type="text"/>
per Lastschrift	<input type="checkbox"/> ja	Bankdaten	IBAN	<input type="text"/>	
			BIC	<input type="text"/>	
			Geldinstitut	<input type="text"/>	

Frühere Unterbringung: (Heim, Krankenhaus, etc.)

Besonderheiten: (Einzelgänger, Raucher, Selbstgefährdung etc.)

Im Falle des Todes

Gewünschte Ruhestätte:

Beerdigungsinstitut:

Formalitäten erledigt:

ja
 nein

Im Notfall benachrichtigen (auch nachts)

ja nein

Name:

Telefon:

Wer stellt den Antrag:

Name:

Grund der Aufnahme:

Verbindliche Anmeldebestätigung:

Ort:

Unterschrift des
Bevollmächtigten:

Datum:

Mit der Unterschrift bestätigt der Unterzeichner das Einverständnis zur Aufnahme!

Name: _____ Wohnbereich: _____ Zimmer-Nr.: _____

Einzugstermin _____

Sonstiges

Apotheke durch eigene Apotheke
Medikamentenlieferung Jupiter-Apotheke, Kirchstr. 16, 72475 Bitz

Sanitätshaus Koordination über das Haus Bocksberg
 Eigenes _____

Wäschereinigung durch BW-Textil über Haus Bocksberg erwünscht

ja nein

Ernährungsbesonderheiten

Laktosefrei, Diabetiker, Vegetarier, Andere: _____

Friseur

durch Haus Bocksberg

Andere:

Fußpflege:

ja nein

durch Haus Bocksberg

Andere:

Telefon:

muss selbst mitgebracht werden ja, mit Amtsberechtigung gegen Gebühr
 ja, ohne Amtsberechtigung gegen Gebühr
 nein

TV ja gegen Gebühr
muss selbst mitgebracht werden nein

Zeitschriften: regelmäßig Tageszeitung: _____
 andere: _____

zusätzliche Getränke: ja, selbst
 ja über Haus Bocksberg bestellen _____
 nein

Körperpflege:

kirchlicher Besuchsdienst erwünscht
 ja
 nein