



Bewohnerstammblatt

Einrichtung _____

Anmeldung zur

Kurzzeitpflege vollstationäre Pflege Tagespflege

von _____ bis _____

vollstationär seit _____

(Angabe nur Erforderlich bei Heimwechsel)

1. Persönliche Angaben Bewohner

Name:		Vorname:	
Geb.-Name:		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:		Konfession:	
Staatsangeh.		Familienstand	

2. Kostenträger

Pflegekasse:		Pflegegrad:	
Versicherungs-Nr.:		Beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja % <input type="checkbox"/> nein
Antrag auf Pflegeleistungen wurde gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Antrag auf Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Budget	€
Antrag auf Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Budget	€

3. Bankverbindung

Kreditinstitut:		Ort:	
IBAN:		BIC:	

4. Kontaktperson

Verhältnis:

Name:		Vorname:	
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:	
Telefon:		mobil:	
Fax:		Email:	

5. weitere Kontaktperson

Verhältnis:

Name:		Vorname:	
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:	
Telefon:		mobil:	
Fax:		Email:	

6. Gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter

Name:		Vorname:	
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:	
Telefon:		mobil:	
Fax:		Email:	

7. Schriftverkehr über

<input type="checkbox"/> Bewohner	<input type="checkbox"/> Kontaktperson 1	<input type="checkbox"/> Kontaktperson 2	<input type="checkbox"/> Betreuer
-----------------------------------	--	--	-----------------------------------

8. Barbetragverwaltung

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	monatlich <input type="checkbox"/>	Höhe: €
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------

9. Zuzahlungsbefreiung

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
-----------------------------	-------------------------------	--	--

10. Schwerbehinderung

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 1. KI
-------------------------------	-----------------------------	---	--	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------------

11. Impfungen

Schutzimpfung gegen Covid-19	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bescheinigung beifügen
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------

12. Ärzte, Fachärzte, Therapeuten etc.

Hausarzt:		PLZ/Ort:	
Straße/Nr.:			
Telefon:		Fax:	
Augenarzt:			
Gynäkologe:			
Kardiologe:			
Orthopäde:			
Urologe:			
Neurologe:			
Zahnarzt:			
Andere:			

Anlagen: ▶▶ Ärztliche Bescheinigung ▶▶ Ärztliches Zeugnis

13. Lieferapotheke

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Name/Anschrift:
-----------------------------	-------------------------------	-----------------

14. getroffene Versorgung

<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung
--	--	---

15. Gesetzliche Betreuung

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	AZ:	bis:	
<input type="checkbox"/> Gesundheit	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Wohnen	<input type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> Rentenangelegenh.

16. Leihgeräte Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Multifunk.RS	<input type="checkbox"/> sonstiges
-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

17. Freiheitsentzug

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	AZ:	bis:	
<input type="checkbox"/> Bauchgurt/Bett	<input type="checkbox"/> Bauchgurt/Stuhl	<input type="checkbox"/> Bettgitter	<input type="checkbox"/> Stuhltablett	<input type="checkbox"/> sonstiges

18. Kostenträger

<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
Anlage Finanzierung Heimkosten ▶▶	<input type="checkbox"/> Anlage Vermögensübersicht ▶▶

Datum/Unterschrift

wird von der Einrichtungsleitung ausgefüllt:

19. Aufnahme

am	WB	Zimmer	<input type="checkbox"/> EZ	<input type="checkbox"/> DZ
----	----	--------	-----------------------------	-----------------------------