

## Aufnahmegrund:

**1. Aufnahme für:** Betreutes Wohnen Altenheim Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tagespflege Doppelzimmer Einzelzimmer Unruhe Weglauftendenz Bettgitter**Bitte beachten Sie, dass bei dem Wunsch auf ein Einzelzimmer, eine Aufnahme in ein Einzelzimmer nicht gewährleistet werden kann!**

Datum: \_\_\_\_\_

Zimmer Nr. \_\_\_\_\_

Aufnahme-Uhrzeit: **10:00 Uhr**

Handzeichen: \_\_\_\_\_

**2. Persönliche Daten des Kunden**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt:  Privat (wie oben)  Klinik / andere Einrichtung \_\_\_\_\_Werden Sie zur Zeit von einer Sozialstation oder einem ambulanten Dienst betreut?  Ja  nein  
von wem? \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis beantragt /vorhanden?  Ja \_\_\_\_\_ %, gültig bis \_\_\_\_\_  Nein**3. Krankenkasse/Pflegekasse**

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel, Fax: \_\_\_\_\_ Vers.Nr: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung vorhanden:  Ja  Nein

Pflegegrad \_\_\_\_\_ besteht ab: \_\_\_\_\_

Antrag auf Pflegegrad gestellt:  Ja, am \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_  Nein

Liegt eine Bewilligung auf erheblich allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 43 b SGB XI vor?

Mitteilung Pflegekasse über Pflegeleistungen  beantragt  Ja  Nein**4. Ärztliche Versorgung (falls ein neuer Hausarzt benötigt wird, bemühen Sie sich bitte rechtzeitig darum!)**

Bisheriger Hausarzt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

SARS-CoV-2 Impfung vorhanden?  ja  nein

Datum Erst-, Zweitimpfung, Booster: \_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
BQM				- 1
	wohnstift steigerwald	1		von 2

**Aufnahmegrund:**

**5. Freiheitsentziehende Maßnahmen**

Der Beschluss muss bei Aufnahme vorhanden und gültig sein und evtl. für die Kurzzeitpflege beantragt werden. (Bettgitter, Rollstuhl, Rollstuhlgurt, Rollstuhlbremsen etc.)

**6. Kontaktadressen / Angehörige:**

**Angehöriger 1:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Angehöriger 2:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**7. Vertretung des Kunden / Bewohners:**

(alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen)

Der Bewohner ist voll geschäftsfähig       Der Bewohner ist nicht geschäftsfähig  
Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung und Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen.

Vollmacht liegt schriftlich vor (genaue Bezeichnung der Vollmacht): \_\_\_\_\_  
 Name Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

Amtlich bestellte Betreuung     ist beantragt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_     besteht seit \_\_\_\_\_ zuständig. Amtsgericht: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung

**8. Allgemeines:**

Soll im Notfall auch nachts angerufen werden?     Ja     Nein

**Bitte bemühen Sie sich eigenständig um einen Fernseher und ein Telefon!**

**9. Gesundheitszustand**

Grunderkrankungen: \_\_\_\_\_  
 Gesundheitszustand zurzeit: \_\_\_\_\_

Mobilität: bettlägerig     Ja     Nein      Vorhandene Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Wird Sauerstoff benötigt?     Ja     Nein      Ernährung selbständig     Ja     Nein

Orientierung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
BQM	wohnstift steigerwald	1		- 2
				von 2