

Ich bin bereits Klient des Caritas Sozialzentrums von:

- ☐ Tagespflege ☐ Caritas Sozialstation ☐ Essen auf Rädern ☐ Kurzzeitpflege ☐ Betreutes Wohnen
☐ Seelsorger/Besuchsdienst/ehem. Mitarbeiter

1. Aufnahme für:☐ Betreutes Wohnen☐ Altenheim☐ Kurzzeitpflege von _____ bis _____☐ Tagespflege**Zimmer Nr.** _____**Aufnahme-Uhrzeit: 10:00 Uhr**

Datum: _____

Handzeichen: _____

☐ Doppelzimmer☐ Einzelzimmer☐ Unruhe☐ Hinlauftendenz☐ Bettgitter

Bitte beachten Sie, dass bei dem Wunsch auf ein Einzelzimmer, eine Aufnahme in ein Einzelzimmer nicht gewährleistet werden kann!

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☐ Selbstzahler (Kosten für das Pflegeheim werden selber übernommen)☐ Sozialhilfe (ist bereits beim Bezirk beantragt oder wird beantragt)**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: _____

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
EL	Belegungsmanagement	1	13.08.2025	- 1
				von 2

5. Freiheitsentziehende Maßnahmen

Der Beschluss muss bei Aufnahme vorhanden und gültig sein und evtl. für die Kurzzeitpflege beantragt werden. (Bettgitter, Rollstuhlgrurt, 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 _____ zuständ. 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 (bitte immer ausfüllen!)**

Grunderkrankungen: _____

Gesundheitszustand zurzeit: _____

Mobilität: bettlägerig ☐ Ja ☐ NeinWird Sauerstoff benötigt? ☐ Ja ☐ Nein

Vorhandene Hilfsmittel: _____

Ernährung selbständig ☐ Ja ☐ NeinOrientierung: _____ Demenzielle Erkrankung vorhanden? ☐ Ja ☐ NeinGröße: _____ Gewicht: _____ Wunden: ☐ Ja ☐ Nein Wenn „Ja“ welche? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
EL	Belegungsmanagement	1	13.08.2025	- 2
				von 2