

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_ Flur: \_\_\_\_\_

Bei Fragen stehen Ihnen die Verwaltungsmitarbeiter\*innen zur Verfügung.  
Bitte dann einen Termin vereinbaren, bzw. am Aufnahme-Tag gemeinsam ausfüllen und abgeben.

**Personengrunddaten:**

Name, Vorname, Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsname:	Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet
Geburtsort:	seit: _____
Geburtsland:	
Konfession:	Nationalität:

**Personenzusatzdaten:**

Letzte Adresse

**Unterbringung:**Kostenträger:  Selbstzahler  Sozialhilfe → Angaben zum Sozialamt

Name Sozialamt:
Information an das Sozialamt erfolgt(e) durch:
Wann erfolgte die Information? (Datum)

**Pflegegrad:** \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_

**Ärzte:**

Hausarzt: Name, Adresse und Telefonnummer	Facharzt: Name, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer

**Benötigen Sie Inkontinenzhilfsmittel?**       Ja       Nein

**Gibt es eine Verordnung?**       Ja       Nein

**Diese Dokumente müssen vorliegen, falls vorhanden:**

Rezeptgebührenbefreiung	vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beantragt am:	Abgegeben am:
Fahrtkostenbefreiung	vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beantragt am:	Abgegeben am:
Schwerbehindertenausweis	vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beantragt am:	Abgegeben am:
Patientenverfügung	vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beantragt am:	Abgegeben am:
Vollmachten	vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beantragt am:	Abgegeben am:
Impfnachweis Covid-19/ aktueller PCR-Test	vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		vorgelegt am:
Personalausweis			vorgelegt am:
<b>§36 IfSG</b> <b>Bescheinigung frei von ansteckenden</b> <b>Krankheiten</b> <b><u>Ohne Abgabe kein Einzug möglich</u></b>		Abgegeben am:	

**Sonstige Wünsche:**

Telefonanschluss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anschluss: - 18 Euro monatlich - ins deutsche Fest-und Mobilfunknetz kos- tenlos
Zimmerschlüssel/Safe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pfand: 30€

**Kontaktpersonen:**

a) Name, Vorname..... wie verwandt: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

b) Name, Vorname.....wie verwandt: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

c) Name, Vorname:..... wie verwandt: .....

Anschrift: .....

Telefon:  
.....

**Betreuer\*in**                      Vollmacht:  Ja             Nein

Name, Vorname: .....

Anschrift:  
.....

Telefon: .....

**Wirkungskreis:**

.....

**Rechnungsempfänger\*in:**

Name, Vorname:.....

Anschrift:  
.....

Telefon: .....

**Krankenkasse / Pflegekasse:**

Name: .....

Anschrift:  
.....

Telefon: .....

Versicherungs-Nr.:  
.....

Rezeptgebührenbefreiung:  Ja             Nein            abgegeben am: .....