



G 1.1 Aufnahmebogen

Zim. Nr.:

Vollstationär ab _____ bis _____

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Religion _____ Staatsangehörigkeit _____

Derzeitiger Aufenthalt _____

Letzte Adresse _____

Krankenkasse _____ Rezeptgebührenbefreiung ja nein

Pflegegrad _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Rentenversicherungsanstalt (Witwenrente, Altersrente, Betriebsrente) _____ € _____

Kontaktpersonen

1. Angehörige/r

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

wie verwandt _____

E-Mail _____

2. Angehörige/r

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

wie verwandt _____

E-Mail _____

Betreuer/in/ Bevollmächtigte/r:

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen

Aufgabenkreise: _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 1 von 2



Finanzielle Angelegenheiten (Kostenübernahme durch):

Selbstzahler ja nein

Sozialhilfeträger ja nein

Welche Serviceleistungen vom Haus sollen in Anspruch genommen werden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wäschekennzeichnung | <input type="checkbox"/> Kennzeichnung durch die Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Fußpflege | <input type="checkbox"/> Nährarbeiten je Stunde 12,50 Euro |
| <input type="checkbox"/> Friseurleistungen | <input type="checkbox"/> Einkaufsservice |
| <input type="checkbox"/> Körperpflegemittel | <input type="checkbox"/> Begleitungsservice /Arztbesuche |
| <input type="checkbox"/> Getränke | <input type="checkbox"/> Freischaltung Telefonanschluss gegen monatl. Gebühr |
| <input type="checkbox"/> Telefongerät gegen Mietgebühr | |

Haftpflichtversicherung _____

Schwerbehindertenausweis ja nein

Besteht eine Patientenverfügung ja nein

Existieren Vollmachten ja nein Welche? _____

Besteht eine Bestattungsvorsorge ja nein

Wenn ja, wo _____

Seelsorge erwünscht ja nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen _____

Im Notfall benachrichtigen _____ von _____ bis _____

Raum für Ergänzungen

Ort, Datum

Unterschrift

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 2 von 2