

Kurzzeitpflege: **Vollstationär:**

Einrichtung:Hausgemeinschaft:

Zimmer: Zimmer ab:

Einzug am: bis:

1. Name :..... Vorname: Titel:

Geboren am: in:

Geburtsname: Konfession:.....

Adresse: Straße:

PLZ Ort:

Telefon:

Familienstand: Staatsangehörigkeit:

2. Derzeitiger Aufenthalt:

Ort: Telefon:

3. Bezugspersonen: a) Name, Vorname:

wie verwandt: Anschrift:

..... Tel.:

e-mail:

b) Name, Vorname:

wie verwandt: Anschrift:

..... Tel.:

4. Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht:

Name, Vorname:

Anschrift/Tel.:

notariell beglaubigt: ja / nein

gerichtlich bestellter Betreuer: Name, Vorname:

Anschrift/Tel.:

Patientenverfügung: ja / nein wenn ja, wo wird das Original aufbewahrt?

Name, Vorname:

Anschrift/Tel.:

	Verfasser	Freigabe durch	Freigabe am	Verteiler	Version	Seiten
	BL	GL	14.12.2021	über QM-Ordner	02	Seite 1 von 2

5. Kranken- / Pflegekasse:

Vers.-Nr.:

stat./amb. Pflegegradbescheid vom: Pflegegrad:

Bescheinigung Befreiung v. Zuzahlung: ja/nein wenn ja, bis wann:

Fahrtkostenbefreiung:

6. Hausarzt: Name, Vorname: Tel.:

Anschrift

Facharzt:.....

.....

7. COVID-Impfung vorhanden: Ja Wann?

Nein

8. Rechnungsempfänger: Name, Vorname:

Anschrift:

Tel.:

Einzugsermächtigung: ja / nein

9. Sozialamt: Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen / beantragt? ja/nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

Anschrift:

Tel.:

10. Allgemeiner Gesundheitszustand/Besonderheiten:

.....

.....

.....

	Verfasser	Freigabe durch	Freigabe am	Verteiler	Version	Seiten
	BL	GL	14.12.2021	über QM-Ordner	02	Seite 2 von 2