

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	09.11.2023	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. Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge:
 Ja Nein

9. Werden Pflegeleistungen von anderen Sozialleistungsträgern (Versorgungsamt,
Berufsgenossenschaft, ausländischer Leistungsträger) gezahlt bzw. wurden welche
Beantragt:
 Ja Nein

10. 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	09.11.2023	über QM-Ordner	02	Seite 2 von 2