



Aufnahme- Interessentenbogen



Liebe Interessierte,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Einrichtung. Für eine mögliche Aufnahme benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie die folgenden Punkte entsprechend aus:

Informationen zur Person

Name Vorname		Straße PLZ-Ort	
Rufnummer		Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet
E-Mail-Adresse		Derzeitiger Aufenthalt <input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> im folgenden Krankenhaus:	Station/Ansprechpartner:
Geburtsdatum Geburtsort Konfession Gewicht Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> divers	Hausarzt/Fachärzte	

Pflege & Betreuung

gewünschte Betreuungszeiten		Bezugspersonen
<input type="radio"/> Kurzzeitpflege	von bis	Name Vorname Adresse Rufnummer E-Mail
<input type="radio"/> Verhinderungspflege	von bis	Name Vorname Adresse Rufnummer E-Mail
		Gesetzliche Vertreter/Betreuer
<input type="radio"/> Vollstationäre Pflege	von bis	Name Vorname Adresse Rufnummer E-Mail



Aufnahme- Interessentenbogen



Pflegegrad (bitte Bescheid beifügen)	<input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> PG 1 <input type="radio"/> PG 2 <input type="radio"/> PG 3 <input type="radio"/> PG 4 <input type="radio"/> PG 5 seit:	Bevollmächtigte	
		Name Vorname Adresse Rufnummer E-Mail	
Pflegestufe beantragt am:			
Höherstufung beantragt am:			

Pflege & Kostenträger

Pflegekasse		Kostenträger	
	<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat		<input type="radio"/> Selbstzahler
Name der Pflegekasse Adresse PLZ-Ort		Fachamt für Soziales Zuständiges Amt Adresse PLZ-Ort	
Versichertennummer			
Pflegerischer Schwerpunkt?	<input type="radio"/> körperlich <input type="radio"/> medizinisch <input type="radio"/> psychisch/sozial <input type="radio"/> Abhängigkeit/Gewalt Lauftendenz <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Besonderheiten/ Allergien	
Wer hat die Versorgung bisher gesichert?		Warum Einzug?	<input type="radio"/> Überforderung <input type="radio"/> Niemand kann die Pflege übernehmen <input type="radio"/> weil:
Wie sind Sie auf unser Haus gekommen?			

Datum	
Name	
Name der Person, die das Formular übermittelt (Druckbuchstaben)	