

Zentrales Qualitätshandbuch (Vollstationär)



F Ablauforganisation

1 Bewohnermanagement



F 1.13 Aufnahmebogen

- Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Verhinderungspflege von _____ bis _____
 Vollstationäre Pflege ab _____

Haben Sie VST/KZPF/VHPF bei Ihrer Krankenkasse beantragt? ja nein
Falls nein, bitte erledigen.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Familienstand _____

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Religion _____

Staatsangehörigkeit _____

Derzeitiger Aufenthalt _____

Rezeptgebührenbefreiung _____

Letzter Wohnort _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnr.: _____

Pflegegrad _____ seit _____

Hausarzt Dr. _____

Impfungen gegen Covid? ja nein (Bitte Impfnachweise beifügen)

Kontaktpersonen

Rechnungsempfänger

Name _____

Betreuer/Bevollmächtigter

Name _____

Straße _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

wie verwandt _____

wie verwandt _____

E-Mail _____

E-Mail _____

Rechnungsversand per E-Mail: ja nein

Angehöriger

Name _____

Ergänzungen

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Lieblingstier/-hobby/-stadt: _____

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Version	Seite
ZQM	QB/MW	16.08.2023	1.3	1 von 2

Zentrales Qualitätshandbuch (Vollstationär)



F Ablauforganisation

1 Bewohnermanagement



F 1.13 Aufnahmebogen

Finanzielle Angelegenheiten (Heimkostenübernahme durch)

Monatlich stehen zur Verfügung: _____ Euro Rente/Witwenrente/Pension/Sonstiges

Selbstzahler ja nein

Sozialhilfeträger ja nein

Wurde ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt? ja nein / Wann _____ / Wo _____

Sepalastschriftmandat

Name der Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Wäsche / Kleidung

- Wäschekennzeichnung (Wäsche wird im Haus gewaschen)
- Wäsche wird mit nach Hause genommen

Wenn Sie Serviceleistungen in Anspruch nehmen möchten, bitte ankreuzen: Preise siehe Heimvertrag.

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fußpflege ab 20,00 € | <input type="checkbox"/> Friseur ab 17,00 € | <input type="checkbox"/> Näharbeiten |
| <input type="checkbox"/> Einkaufsservice | <input type="checkbox"/> Körperpflegemittel | <input type="checkbox"/> Getränke |
| <input type="checkbox"/> Begleitungsservice / Arztbesuche | | |

Haftpflichtversicherung ja nein Welche? _____

Schwerbehindertenausweis ja nein

Patientenverfügung ja nein

Vollmachten ja nein Welche? _____

Bestattungsvorsorge vorhanden? ja nein Wo? _____

Seelsorge erwünscht? ja nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen/ Bettgitter: _____

Im Notfall benachrichtigen _____ von _____ bis _____

Raum für Ergänzungen

Ort / Datum

Unterschrift(en)

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Version	Seite
ZQM	QB/MW	16.08.2023	1.3	2 von 2