

Persönlicher Fragebogen



Anmeldebogen bitte vollständig ausfüllen; zutreffendes ankreuzen und an die Einrichtung zurücksenden.
Für evt. Fragen rufen Sie uns gerne an. Denken Sie bitte daran: Vollständige Angaben erleichtern die reibungslose Abwicklung des Aufnahmeprozesses.
Wir bedanken uns für Ihre Bemühungen!

1. Bewohner

Herr Frau

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Stationäre Pflege ab: _____

Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

Verhinderungspflege von: _____ bis: _____

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer Zimmer-Nr.: _____

Grunddaten:

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Konfession: _____

Staatsang.: _____

Familienstand: _____

Pers.-Ausweis Nr.: _____

abgegeben ja nein

Schwerbehindertenausweis Nr.: _____

abgegeben ja nein

Geb.-Urkunde _____

abgegeben ja nein

Adresse: (Letzte Meldeadresse)

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: _____

Pflegegrad: ohne 1 2 3 4 5

vorläufiger Pflegegrad bewilligt: ja nein

Wurde ein Antrag auf einen (höheren) Pflegegrad bzw. Begutachtung gestellt?

nein ja, bei: _____ am: _____

Sollen wir bei der Antragstellung behilflich sein? ja nein

ja, bei: _____ am: _____

Kranken-/Pflegekasse

Wurde bereits eine Untersuchung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt? ja nein

Besteht bereits ein Termin zur Untersuchung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung? ja, am: _____ nein

OHB_BF_0002 Rev.: 0

2. Betreuer/Angehörige

Gesetzlicher Betreuer:

Name: _____ Verwandtschaftsverhältnis (bei Betreuer = Angehöriger): _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 Handy-Nr.: _____
 Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Amtliche bestellte Betreuung lt. Ausweis (Kopie in der Anlage)
 Beantragt am: _____ bei: _____

Wirkungskreis:

Aufenthaltsbestimmungsrecht medizinische Betreuung
 persönliche Angelegenheiten Entscheidung über den Fernmeldeverkehr
 Vermögenssorge

Angehörige:

1) Verwandtschaftsgrad/ Beziehung: _____
 Name: _____ Tel.-Nr.: _____
 Straße: _____ Handy-Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Verständigung bei Krankheit/Tod Erreichbarkeit Tag Nacht
 Vertretungsbefugnis Vollmacht / Patientenverfügung

2) Verwandtschaftsgrad/ Beziehung: _____
 Name: _____ Tel.-Nr.: _____
 Straße: _____ Handy-Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Verständigung bei Krankheit/Tod Erreichbarkeit Tag Nacht
 Vertretungsbefugnis Vollmacht / Patientenverfügung

3. Kostenträger

Kranken-/Pflegekasse:

Kranken-/ Pflegekasse: _____ versichert: gesetzlich privat

Versicherungsnr.: _____

Zuzahlungsbefreiung ja nein _____

Im Kalenderjahr wurden Leistungen der KZP in Anspruch genommen ja nein

Im Kalenderjahr wurden Leistungen der VHP in Anspruch genommen ja nein

Ungedeckte Kosten durch die Pflegekasse werden privat rückwirkend in Rechnung gestellt.

Privat-/Eigenanteil:

Rechnungsempfänger: Bewohner Betreuer Angehöriger siehe
Nr.: _____

Sonstiger:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ich wünsche eine Rentenüberleitung an die Pflegeeinrichtung

Der Rechnungsbetrag soll per Lastschrift eingezogen werden.

Öffentliche Kostenträger: *(nicht bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege)*

Kostenübernahme durch das Sozialamt wurde beantragt: nein ja, am: _____

Zuständiges

Sozialamt: _____

Sachbearbeiter: _____

Tel.-Nr.: _____

Straße: _____

Fax-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Aktenz.: _____

Kostenübernahmeerklärung liegt vor: ja nein

Ich möchte die Möglichkeit einer Rentenüberleitung nutzen: ja nein

Sonstige Beihilfestellen:

Beihilfestelle: _____

Tel.Nr.: _____

Straße: _____

Fax-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Beihilfesatz: _____ %

OHB_BF_0002 Rev.: 0

