

**Aufnahmeformular Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege**

Bitte schnellst möglich wieder abgeben, jedoch spätestens eine Woche vor dem Einzug

**Persönliche Daten (neuer Bewohner)**

Vorname: .....	Nachname: .....
Geburtsdatum: dato.	Geburtsort: .....
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort: .....
Geburtsname: .....	Tel.nr. ....
Nationalität: .....	Religion: .....
Mitglied der Minderheit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Kirche: .....
Derzeitiger Aufenthaltsort:	
Zuhause <input type="checkbox"/>	Altenheim <input type="checkbox"/>
Krankenhaus <input type="checkbox"/>	Anderes .....

**Aufnahmeinformationen (werden vom Altenheim ausgefüllt)**

Einzugsdatum: dato.	Voraussichtliches Auszugsdatum: dato.	
Abteilung: .....	Zimmer: .....	
Kurzzeitpflege: <input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege: <input type="checkbox"/>	Vollstationäre Pflege: <input type="checkbox"/>
Ausgefüllt am: dato.	Ausgefüllt von: .....	

**Informationen über Angehörige:**

1. Familienverhältnis:	Ehepartner <input type="checkbox"/>	Sohn/Tochter <input type="checkbox"/>	Anderes .....
Vorname: .....	Nachname: .....		
Straße, Hausnummer: .....	PLZ, Ort: .....		
Tel. ....	Handynr. ....		
Email-adresse: .....			
Verantwortlich bei Ein-/Auszug:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Rechtlicher Betreuer <input type="checkbox"/>	Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>		
Dokumentation muss beigelegt sein			

2. Familienverhältnis:	Ehepartner <input type="checkbox"/>	Sohn/Tochter <input type="checkbox"/>	anderes .....
Vorname: .....	Nachname: .....		

---

Straße, Hausnummer: ..... PLZ, Ort: .....

---

Tel. .... Handynr. ....

---

Email-adresse: .....

---

Verantwortlich bei Ein-/Auszug ja  nein

---

Rechtlicher Betreuer  Bevollmächtigter

---

Dokumentation muss beigelegt sein

---

**Hausarzt:**

---

Name: ..... Tlf. ....

---

Straße, Hausnummer: ..... PLZ, Ort: .....

---

**Abrechnung:**

---

Bezahlung des Eigenanteils:

Selbstzahler:  Sozialamt

---

Pflegewohnung/I-kosten

---

**Bankverbindung:**

---

Bank: ..... IBAN: DE.....

---

Einzugsermächtigung erteilt:

---

Rechnung wird gesendet an: Bewohner:  Angehöriger nr. 1  Angehöriger nr. 2

---

**Krankenversicherung/Pflegeversicherung:**

---

Name: ..... Versicherungsnummer. ....

---

Gesetzlich versichert  Privat versichert  anderes: .....

---

Beihilfeberechtigt ja  %:..... nein

---

Rezeptgebühr befreit:

---

Original Schreiben wird bei Einzug abgegeben

---

**Pflegegrad:**

---

1 2 3 4 5 keinen  vorläufiger pflegegrad: .....

---

Antrag auf Pflegegrad gestellt am: ..... dato

---



**Informationen bei Kurzzeitpflege:**

Aufenthalt vom dato. bis dato. Anzahl der Tage .....

Die Möglichkeit über Fortführung des Aufenthalts ist gewünscht: ja  nein

War der Bewohner dieses Jahr bereits einmal in Kurzzeitpflege:  
nein  ja  Anzahl der Tage .....

**Anderes/Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Beigefügte Kopien:**

Patientenverfügung

Betreuungsvollmacht

Pass/Ausweis

Rentenbescheid

Pflegegradbescheid

Das Dänische Altenheim bestätigt, dass alle Informationen vertraulich behandelt werden nach den gesetzlichen Vorschriften.

Ich bin damit einverstanden das die oben stehenden Daten gespeichert und vertraulich behandelt werden. Ich bestätige, dass alle Daten korrekt sind. Bei Änderungen der oben stehenden Daten informiere ich das Dänische Altenheim umgehend.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Bewohner bzw. Bevollmächtigter