

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: _____

Größe: _____

Haarfarbe: _____

Gewicht: _____

Augenfarbe: _____

Statur: _____

Adresse:

Letzte Meldeadresse:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: _____

Pflegestufe: I II III HF keine _____

Wurde ein Antrag auf eine (höhere) Pflegestufe gestellt?

nein ja, bei: _____ 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

OH-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. tagsüber: _____
Straße: _____ Tel. abends: _____
PLZ, Ort: _____ Handy-Nr.: _____

Verständigung bei Krankheit/Tod Erhält Rechnung
 Vertretungsbefugnis Vollmacht

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

Verständigung bei Krankheit/Tod Erhält Rechnung
 Vertretungsbefugnis Vollmacht

OHB_BF_0002 Rev.: 0

3. Kostenträger

Kranken-/Pflegekasse:

Kranken-/Pflegekasse: _____ versichert: gesetzlich
 Sachbearbeiter: _____ privat
 Straße: _____ Befreiung für: Praxisgebühr
 PLZ, Ort: _____ Zuzahlungen
 Versicherungsnr.: _____ _____
 Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

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

4. Behandelnde Ärzte

Hausarzt:

Name: _____
Fachrichtung: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
Fax-Nr.: _____

Facharzt:

Name: _____
Fachrichtung: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
Fax-Nr.: _____

5. Sonstiges

Telefon:

Ich wünsche, dass ein Telefon im Zimmer freigeschaltet wird:

ja nein

Schlüssel:

Eine Aushändigung der Zimmerschlüssel an den Bewohner wird gewünscht:

ja nein

Bewohnerpost:

Eine Aushändigung der persönlichen Post an den Bewohner wird gewünscht:

ja nein

Nachlassregelung:

Der gesamte sich in der Einrichtung befindliche Nachlass soll an folgende Personen ausgehändigt werden: siehe Angehöriger 1 siehe Angehöriger 2

Sonstige Person:

Name: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Bemerkungen:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätige/n, dass ich/wir diese Selbstauskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe/n.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/Betreuer/Angehöriger *

* Nichtzutreffendes bitte streichen!