



**C PFLEGEKASSE**

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./Fax

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer des Versicherten

**D HAUSARZT**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./Fax

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort

\_\_\_\_\_  
Straße

Besteht eine Befreiung von Zuzahlungen?  ja  nein  beantragt

Wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_

Besteht eine Inkontinenz?  ja  nein

**E PFLEGEGRAD**

2  3  4  5 seit wann? \_\_\_\_\_

1  keinen  beantragt  
Wenn beantragt, wann? \_\_\_\_\_

**F KOSTENTRÄGER**

Selbstzahler  
 Sozialhilfe nach SGB XII  ja  nein

Wenn ja, beantragt am? \_\_\_\_\_

Wo beantragt? \_\_\_\_\_

**Wenn das Einkommen für die Bezahlung der Heimkosten *nicht ausreicht*, ist ein *Antrag auf Kostenübernahme* beim zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen. Dieser Antrag ist so früh wie möglich zu stellen, da der Sozialhilfeträger erst ab Kenntnismahme zur Kostenübernahme verpflichtet ist.**

## G BETREUUNG

Besteht eine Betreuung gemäß dem Betreuungsgesetz?  ja  nein  
Wenn ja, Angaben zur betreuenden Person:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort/Stadtteil

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. - privat

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. - dienstlich

\_\_\_\_\_  
Handy

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Aufgabenbereiche:

Vermögen

Postvollmacht

Aufenthaltsbestimmung

gesundheitliche Fürsorge

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wenn nein, liegen Vollmachten vor?  ja  nein

Wenn ja, welche (siehe Anlage)? \_\_\_\_\_

Liegt eine Patientenverfügung vor?  ja  nein

## H SONSTIGE INFORMATIONEN

Ist ein Telefon auf dem Zimmer gewünscht?  ja  nein

Wurde auf die Haftpflichtversicherung hingewiesen?  ja  nein

Wird eine spezielle Ernährung benötigt?  ja  nein

Ist der Bewohner Raucher?  ja  nein

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?  ja, zu \_\_\_\_\_ %  nein

Ist die Abmeldung des Rundfunkbeitrages erfolgt?  ja  nein

(Befreiung- Rundfunkbeitrag im Pflegeheim)

### Aufnahmebogen ausgefüllt von:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Beziehung zur angemeldeten Person:

Tochter  Sohn  Enkel  Betreuer  Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift