

**G 4.2.**

**Fragebogen zur Heimaufnahme**

Datum Gespräch	
Datum Heimaufnahme	

Name			
derzeitiger Aufenthalt			
Adresse des letzten Wohnsitzes			
Geburtsdatum		Geburtsname	
Geburtsort		Familienstand	seit:
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Eilantrag <input type="checkbox"/> §39c SGB V		

Angehörige 1		Telefon	
		Mobil	
		Bezug	
E-Mail			

Angehörige 2		Telefon	
		Mobil	
		Bezug	
E-Mail			

rechtlicher Betreuer / Bevollmächtigter		Telefon	
		Mobil	
		Wirkungskreis	
E-Mail			
Vorsorge- / Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Bisheriger Hausarzt		Telefon	
Arzt im Heim			

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat		
Versicherten-Nr.		Rezeptgebühren befreit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antrag auf Pflegewohngeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zusätzlicher Kostenträger			

**Bitte wenden!** →

**G 4.2.**

Wäschenamen bestellen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Friseur	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
Barbetragungsverwaltung	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht	Fußpflege	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht

Bestatter	

Zimmerwunsch	
Bemerkungen	

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_