

**F Ablauforganisation**



**8.1 Beratungsprozess**

**F 8.1.1 Aufnahmebogen**

Vollstationär ab \_\_\_\_\_ Zi. Nr. \_\_\_\_\_  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

Letzte Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Rezeptgebührenbefreiung  ja  nein

Pflegegrade \_\_\_\_\_ Antrag auf Pflegegrad gestellt am \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsanstalt (Witwenrente, Altersrente, Betriebsrente) \_\_\_\_\_

und RV- Nummer: \_\_\_\_\_

**Kontaktpersonen**

**1. Angehöriger**

**2. Angehöriger**

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

wie verwandt \_\_\_\_\_

wie verwandt \_\_\_\_\_

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

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

**Betreuer/Bevollmächtigter:**

Name \_\_\_\_\_

vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen

Straße \_\_\_\_\_

Aufgabenkreise: \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	8	02.01.2017	Seite 1 von 2

**F Ablauforganisation**



**8.1 Beratungsprozess**

Finanzielle Angelegenheiten (Heimkostenübernahme durch):

Selbstzahler  ja  nein

Sozialhilfeträger  ja  nein

**Bankverbindung/** Name der Bank: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenznummer : \_\_\_\_\_ (wird von der Buchhaltung vergeben)

**Welche Serviceleistungen vom Haus sollen in Anspruch genommen werden?**

- Fußpflege  Näharbeiten bis 10 Euro
- Friseurleistungen  Einkaufsservice
- Körperpflegemittel  Getränke

**Haftpflichtversicherung** \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis  ja  nein

Besteht eine Patientenverfügung  ja  nein

Existieren Vollmachten  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Bestattungsvorsorge  ja  nein

Wenn ja, wo \_\_\_\_\_

Seelsorge erwünscht  ja  nein\_

**Freiheitsentziehende Maßnahmen** \_\_\_\_\_

Im Notfall benachrichtigen \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Raum für Ergänzungen

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) \_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	8	02.01.2017	Seite 2 von 2