



Aufnahmebogen Pflege

Datev-Nr. _____

LZP O KZP/VHP O Probewohnen O falls möglich in LZP verlängern O

Woher ist Ihnen unser Haus bekannt: _____ BIVA O

Zimmer: _____ Termin _____

Anreisezeit: _____ Abreisezeit: _____ Zimmerräumung: _____

Aus anderer Einrichtung: _____ Telefon _____

Ansprechpartner:

Pflegebedürftige Person:

Name: _____ Name: _____

Straße: _____ Straße: _____

PLZ,Ort _____ PLZ,Ort: _____

Telefon: _____ Bundesland/ Landkreis: _____

Mobil _____ Telefon: _____

E-Mail _____ Geburtsname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Geb.Datum: _____ Konfession _____

Mit Vorsorgevollmacht Ja Nein Staatsangehörigkeit: _____

Besteht eine Betreuung nach Betreuungsgesetz Ja Nein beantragt Pflegegrad: _____

Höherstufung beantragt am _____ Einstufung beantragt am _____

Heimkosten werden getragen durch: Eigenes Einkommen Ja Nein Sozialamt Ja Nein

Sozialhilfeantrag gestellt Ja Nein am: _____ Grundsicherung wird gezahlt Ja Nein

Abrechnung nach § 39	Beamter/Privatversichert	Wird mit PFK abgerechnet
Selbstzahlerrechnung	Selbstzahlerrechnung	Mit Kostenzusage werden zwei Rechnungen erstellt: 1X PFK und 1X SZ

Pflegeversicherung: _____ Beihilfeberechtigt Ja _____ %

Straße: _____

PLZ,Ort _____

Telefon: _____ Fax: _____

Vers. Nr. _____ Zuzahlungsbefreit Ja Nein

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 4918 | Version 16 vom 06.10.2021 | Gültig bis: 06.10.2022 | Seite 1 von 2

Autor David, Monika vom 20.09.2021	Prüfung Cabrera, Maria am 06.10.2021	Genehmigung U. Kruthaup 06.10.2021	Seite 1 von 2
--	--	--	-------------------------



Checkliste ausgehändigt: Ja _____ Biographiebogen ausgehändigt: Ja

Angehörige/ Betreuer sind bei Anreise dabei: Ja Sonstiges: _____

Es werden mitgebracht: Sauerstoffkonzentrator Wechseldruckm. Rollstuhl Rollator Gehstock

Stoma Port Tracheotoma PEG Katheter Hörgerät Brille Gebiss Sonstiges: _____

Größe _____ Gewicht _____

Geimpft gegen COVID: Nein Voller Impfschutz besteht ab _____ Genesen

Blutverdünnende Medikamente: Ja Marcumar Sonstige _____

Suchterkrankung liegt vor: Ja Alkohol Nikotin Sonstige _____

Diagnosen/ Hilfebedarf des Gastes: _____

Grund des Einzuges: _____

Liegt Demenz vor: ja Schreidemenz Hinläufer Andere Besonderheiten _____

Gast ist desorientiert: Zeitlich Örtlich Situativ Personenbezogen

Allergie/ Unverträglichkeit: _____

Inkontinenz: Harn Stuhl Nein Klostridien/ MRSA vorhanden: _____

Diabetes: Nein Ja Tabletten Insulin Wundverhältnis: _____

Wichtig: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Ärzteliste ausgehändigt/ Arztwechsel nötig-besprochen: Ja Vordruck ärztliche Stellungnahme/Attest ausgehändigt Ja

Dialysepatient: Ja Dialysetage: Mo Die Mi Do Fr Sa So

Vormittag Nachmittag Dialyse in: _____

Vorlieben, Eigenarten: _____

Familienstand: _____ Lebenspartner Name: _____

Weitere Ansprechperson: _____

Früherer Beruf/ Hobbys: _____

Glaube/ Kirche: Sehr wichtig Nicht so wichtig Kein Bedarf Konfessionslos

Interessiert an Beschäftigung: Gern ansprechen Nicht erwünscht

DATUM

Unterschrift

Autor	Prüfung	Genehmigung	Seite
David, Monika vom 20.09.2021	Cabrera, Maria am 06.10.2021	U. Kruthaup 06.10.2021	2 von 2