F 3.5. Persönlicher Fragebogen zur Bewohneraufnahme

Name, Vorname, Titel	
Geburtsdatum/Geburtsname	/
Geburtsort/Land	/
Nationalität/Familienstand	/
Religion	
Geschlecht	( ) weiblich ( ) männlich ( ) divers
Bisheriger Hauptwohnsitz (Meldeadresse)	

Tag des Einzugs (geplant)	
Aufnahmegrund:	( ) Kurzzeitpflege von .....bis..... ( ) Vollstationäre Pflege
Wohnbereich / Zi.-Nr.	/
Telefon gewünscht?	( ) Nein ( ) Ja
Name, Anschrift, Telefon der <u>nächsten</u> Vertrauens-person **( ) gesetzlicher Betreuer** **( ) bevollmächtigt**	..... (Name, Vorname) (Verwandtschaftsverhältnis) ..... (Straße, Haus-Nr.) ..... (PLZ, Ort) ..... (Telefon) ..... (email)
Name, Anschrift, Telefon einer <u>weiteren</u> Vertrauens-person **( ) gesetzlicher Betreuer** **( ) bevollmächtigt**	..... (Name, Vorname) (Verwandtschaftsverhältnis) ..... (Straße, Haus-Nr.) ..... (PLZ, Ort) ..... (Telefon) ..... (email)

F 3.5. Persönlicher Fragebogen zur Bewohneraufnahme

Pflegegrad **Höherstufung beantragt**	( ) Nein ( ) Ja => Pflegegrad ( ) ( ) Nein ( ) Ja
Krankenkasse **Mitglieds-Nummer:** **(_____)**	..... (Name der Krankenkasse) (Bearbeiter) ..... (Straße / Postfach) ..... (PLZ, Ort) (Telefon)

Name und Anschrift des bisherigen Hausarztes	..... (Name, Vorname) ..... (Straße, Haus-Nr.) ..... (PLZ, Ort) ..... (Telefon) ..... (email)
Name und Anschrift eines Facharztes (Zahnarzt, Neurologe o.ä.)	..... (Name, Vorname) ..... (Straße, Haus-Nr.) ..... (PLZ, Ort) ..... (Telefon) ..... (email)
Allergien Unverträglichkeiten	Allergien ( ) ja ( ) nein ..... Unverträglichkeiten ( ) ja ( ) nein .....
Infektionsschutz	Covid-19 Erstimpfung ( ) Ja, Datum..... ( ) Nein Covid-19 Zweitimpfung ( ) Ja, Datum..... ( ) Nein Covid-19 Impfung ( ) Ja, Datum..... ( ) Nein Covid-19 Impfung ( ) Ja, Datum..... ( ) Nein

F 3.5. Persönlicher Fragebogen zur Bewohneraufnahme

Rezeptgebührenbefreiung?	( ) Ja ( ) Nein
Schwerbehindertenausweis vorhanden?	( ) Ja ( ) Nein
Beihilfe versichert	( ) Ja ( ) Nein
Wer soll die Heimrechnungen erhalten?	..... (Name, Vorname) ..... (Straße, Haus-Nr.) ..... (PLZ, Ort) (Telefon)
Wird Antrag auf Sozialhilfe beim Bezirk Obb. gestellt?	( ) Ja ( ) Nein

Datum: _____

Unterschrift Bewohner (Betreuer, ges. Vertreter): _____

Mit seiner Unterschrift erklärt der Interessent verbindlich, den Heimplatz nach den vertraglichen Richtlinien zu belegen.

F 3.5. Persönlicher Fragebogen zur Bewohneraufnahme

Benötigte Unterlagen (Bitte beim Einzug mitbringen!):

Vollstationär	Kurzzeitpflege
☐ Unterzeichneten Heimvertrag ☐ Gesundheitskarte (vorm. KV-Karte) ☐ Bescheid Pflegegrad ☐ Kopie Personalausweis ☐ Kopie des Betreuerausweises (falls Betreuung besteht) ☐ Betreuungsvollmacht (falls Vollmacht besteht) ☐ Patienverfügung (falls Patientenverfügung besteht) ☐ Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden) ☐ Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden) ☐ Kopie aktueller Rentenbescheid (falls Sozialhilfeempfänger) ☐ Bestattungsvorsorge (falls vorhanden) ☐ Kopie Haftpflichtversicherung (falls vorhanden) ☐ Impfausweis/Impfnachweis (falls vorhanden)	☐ Unterzeichneten Heimvertrag ☐ Gesundheitskarte (vorm. KV-Karte) ☐ Bescheid Pflegegrad ☐ Kopie Personalausweis ☐ Kopie des Betreuerausweises (falls Betreuung besteht) ☐ Betreuungsvollmacht (falls Vollmacht besteht) ☐ Patientenverfügung (falls Patientenverfügung besteht) ☐ Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden) ☐ Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden) ☐ Aktueller Medikamentenplan (vom Hausarzt) ☐ Aktueller Arztbrief vom letzten Krankenhausaufenthalt (falls vorhanden) ☐ Inkontinenzmaterialien (falls vorhanden) ☐ ärztlicher Fragebogen

Bearbeitungsvermerke der Einrichtung:

	Datum	Handzeichen
Infobroschüre ausgehändigt		
Meldung an Pflegekasse		
Meldung an Bezirk		
Anmeldung Gemeinde		