



F 3.5. Persönlicher Fragebogen zur Bewohneraufnahme

Name, Vorname, Titel	
Geburtsdatum/Geburtsname	/
Geburtsort/Land	/
Nationalität/Familienstand	/
Religion	
Bisheriger Hauptwohnsitz (Meldeadresse)	
Künftiger Hauptwohnsitz	

Tag des Einzugs	
Aufnahmegrund:	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege vonbis..... <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege
Wohnbereich / Zi.-Nr.	/
Telefon?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Fernseher?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn ja, <input type="checkbox"/> Eigener Apparat o. <input type="checkbox"/> vom Haus
Name, Anschrift, Telefon der nächsten Vertrauensperson; gleichzeitig Betreuung? () Nein () Ja (Name, Vorname) (Verwandtschaftsverhältnis) (Straße, Haus-Nr.) (PLZ, Ort) (Telefon)
Name, Anschrift, Telefon der nächsten Vertrauensperson (Name, Vorname) (Verwandtschaftsverhältnis) (Straße, Haus-Nr.) (PLZ, Ort) (Telefon)

Besteht eine gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> z.Zt. beantragt beim Vormundschaftsgericht in
Anderweitige Vollmacht?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar..... <input type="checkbox"/> Nein



F 3.5. Persönlicher Fragebogen zur Bewohneraufnahme

Name und Anschrift, Telefon des/der gesetzlichen Betreuers/-in bzw. Bevollmächtigten	<p>..... (Name, Vorname)</p> <p>..... (Straße, Haus-Nr.)</p> <p>..... (PLZ, Ort) (Telefon)</p>
---	---

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

Name und Anschrift des bisherigen Hausarztes	<p>..... (Name, Vorname)</p> <p>..... (Straße, Haus-Nr.)</p> <p>..... (PLZ, Ort) (Telefon)</p>
---	---

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



F 3.5. Persönlicher Fragebogen zur Bewohneraufnahme

Benötigte Unterlagen (Bitte beim Einzug mitbringen!):

Vollstationär	Kurzzeitpflege
<input type="checkbox"/> Unterzeichneten Heimvertrag <input type="checkbox"/> Krankenversichertenkarte <input type="checkbox"/> Kopie des Pflegegrades <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Kopie des Betreuerausweises (falls Betreuung besteht) <input type="checkbox"/> Betreuungsvollmacht (falls Vollmacht besteht) <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Kopie der Geburtsurkunde (bei Ledigen) <input type="checkbox"/> Kopie der Heiratsurkunde (bei Verheiratet, Geschieden, Verwitwet) <input type="checkbox"/> Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Kopie aktueller Rentenbescheid (falls Sozialhilfeempfänger) <input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorge (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Kopie GEZ (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Kopie Haftpflichtversicherung (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Kopie der Hilfsmittelbescheinigung (Rollator, Rollstuhl etc. falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> Unterzeichneten Heimvertrag <input type="checkbox"/> Krankenversichertenkarte <input type="checkbox"/> Kopie des Pflegegrades <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Kopie des Betreuerausweises (falls Betreuung besteht) <input type="checkbox"/> Betreuungsvollmacht (falls Vollmacht besteht) <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Aktueller Medikamentenplan (vom Hausarzt) <input type="checkbox"/> Aktueller Arztbrief vom letzten Krankenhausaufenthalt (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterialien (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Kopie der Hilfsmittelbescheinigung (Rollator, Rollstuhl etc. falls vorhanden)

Bearbeitungsvermerke der Einrichtung:

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