

Pflege für Menschen GmbH  
Klosterweg 5/2  
89233 Neu-Ulm/Burlafingen

Tel.: 0731/17682-0  
Fax.: 0731/17682-400  
IK.Nr. 510 974 689



**Aufnahmebogen für neue Bewohnerinnen und Bewohner**

**Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen:**

Langzeitpflege ab:.....

Kurzzeitpflege      Von.....bis.....       Verhinderungspflege

Nachname:.....Geburtsname:.....

Vorname(n):.....

geboren am: ..... in:.....

**Wohnung:**

Straße:..... Telefon:.....

PLZ, Ort:..... Staatsangehörigkeit:.....

.....

Familienstand:..... Konfession:.....

**Eventuell z. Zt. Krankenhaus / Heim:**.....

Vorherige vollstationäre Heimaufenthalte?     Ja (Zeitraum)..... Nein

Einstufung in                             noch nicht eingestuft     Einstufung beantragt  
**Pflegegrad:**.....

**Corona-Impfung:**     ja     nein                    **Impfnachweis bitte vorlegen!**

Wichtigste Bezugsperson:

Name und Anschrift:                            Telefon/Email:                            ggf. Verwandtschaftsgrad:

.....  
.....  
.....

Weitere Angehörige:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Name und Anschrift des Betreuers / des gesetzlichen Vertreters, falls vorhanden:

.....  
.....

Wirkungskreis der **Betreuung**:

.....

Bitte Kopie des Betreuungsausweises, falls bereits vorhanden, beilegen.

Liegen **Besonderheiten** vor? (z. B. Allergien, ansteckende Krankheiten...)

.....

.....

**Hausarzt:**

Name und Anschrift:

Telefon/Fax/E-Mail:

.....

.....

.....

.....

**Kostenträger:**

Privatvermögen

Das zuständige Sozialamt in .....

Die Kostenpflichtenerklärung des Sozialamtes

liegt bei

muss noch beantragt werden

wurde beantragt am.....

Rechnungsanschrift.....

.....

.....

**Inkontinenzmaterial** (Kurzzeit/VHP)

von zuhause

Kassenrezept / bisheriger Bezug bei

.....

Name und Anschrift **der Pflegekasse / Krankenkasse**:

.....

Krankenversicherungs-Nummer:.....

Bitte **Krankenversicherungskarte** , **Personalausweis**, **Schwerbehindertenausweis**,

**Befreiungsausweis**, falls Sozialhilfeempfänger **aktuellen Bescheid** mitbringen!

Befreiungsausweis von Transport- und Medikamentenzuzahlung  Ja  Nein

Friseur/medizinische Fußpflege durch Einrichtung?  Ja  Nein

Telefon  Ja  Nein

Soll die Wäsche im Hause gewaschen werden?  Ja  Nein

Soll die Wäsche von uns bezeichnet werden?  Ja  Nein

Wird die Wäsche privat bezeichnet?  Ja  Nein

**Hinweis: Gegenstände aus dem Eigentum der Bewohner/innen (z.B. Fernseher, Schränkchen etc.) müssen durch die Angehörigen bezeichnet werden.**

.....(Datum, Unterschrift)