

Persönliche Daten des Bewohners

Name: _____ Vorname: _____
 Geb. am: _____ Geburtsname: _____ Geburtsort: _____
 Anschrift:
 PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____
 Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Name Ehegatte: _____ Tag/Ort der Eheschließung: _____
 vollstationär Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

Angehörige und nahestehende Personen

Zu- u. Vorname:	1.	2.	3.
Verwandtschaftsgrad			
Adresse:			
Telefon: Mobil: Fax: E-Mail:			

Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenkasse & Mitgliedsnummer: _____
 Sind Sie privatversichert Ja Nein
 Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
 Sind Sie von Zuzahlungen befreit? Ja Nein
 Pflegegrade: 1 2 3 4 5 noch nicht eingestuft

Vollmachten/Betreuung

Besteht eine (notarielle) Generalvollmacht? Ja Nein
 Name des/der Bevollmächtigten _____
 Besteht eine Anordnung zur gesetzlichen Betreuung? Ja Nein
 Name des/der Betreuer/in _____
 Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Ja Nein

Finanzierung

Können die Heimkosten aus eigenen Mitteln finanziert werden? Ja Nein
 Wenn nein:
 Ist ein Antrag auf Sozialhilfe im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ gestellt? Ja Nein
 Wenn ja, bei welchem Sozialamt? _____

Hilfsmittel

Sind Hilfsmittel als Ihr Eigentum oder Leihgabe der Krankenkasse vorhanden:

Gehilfe(Stöcke): Eigentum Leihgabe

Rollator: Eigentum Leihgabe

Rollstuhl: Eigentum Leihgabe

Falls Leihgabe, bitte Sanitätshaus angeben: _____

Ärztliche Betreuung

Bitte klären Sie vor dem Einzug mit Ihrem Arzt/Hausarzt, ob er die weitere Betreuung auch im Paulinenpark übernimmt. Sollte ein Arztwechsel notwendig werden, ist zusätzlich zu beachten, dass nicht alle Ärzte am sogenannten Hausarzt-Programm der Krankenkassen teilnehmen. Deshalb muss gegebenenfalls ein bestehender Hausarzt-Vertrag rechtzeitig gekündigt werden.

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Übernimmt der Hausarzt die ärztliche Betreuung im Heim? Ja Nein

Facharzt: _____ Telefon: _____

Übernimmt der Facharzt die ärztliche Betreuung im Heim? Ja Nein

Sonstiges (z.B. Ernährung)

Besonderheiten, Unverträglichkeiten und Allergien: _____

Bestattungsvorsorge: _____

Folgende Unterlagen sind, beigelegt:

- Versichertenkarte
- Kopie der Befreiung zur Zuzahlung
- Kopie des Einstufungsbescheides der Pflegeversicherung
- Kopie der gesetzlichen Betreuung/Generalvollmacht
- Kopie des ärztlichen Berichtes
- Kopie der Patientenverfügung
- Nachweis zur Deckung der Heimkosten(Rentenbescheid etc.)

Stuttgart, den _____

Unterschrift: _____

Aufnahmebestätigung

Hiermit bestätigen wir die Aufnahme. Im Übrigen gelten der Heimvertrag mit Anlagen sowie die gesetzlichen Bestimmungen.

Datum _____ Unterschrift _____