



	<b>Aufnahme</b>		Wohnen & Pflegen gGmbH
	Lfd. Nr. 063 Kapitel III-2.1	Version: 1.5 Stand: 11.02.09	

<b>C. Pflegekasse</b>	<b>D. Behandelnde Ärztin/ Konsiliarärzte</b>
-----------------------	--

Name der Pflegekasse _____	Name / Vorname _____
Fax / Tel. _____	Postleitzahl / Ort _____
Postleitzahl / Ort _____	Postleitzahl / Ort _____
StraÙe / Telefonnummer _____	StraÙe _____
Mitgliedsnummer der Versicherten _____	Telefonnummer / Fax _____
Besteht eine Befreiung von Zuzahlungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt Wenn ja, bis wann _____
Besteht eine Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde im laufenden Quartal die Praxisgebühr entrichtet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenhausaufenthalte im lfd. Jahr: _____	

**E. Pflegestufe**

1     2     3     3+    seit wann \_\_\_\_\_

keine    beantragt     Ja    durch: \_\_\_\_\_    wann: \_\_\_\_\_     Nein

Liegt ein Anspruch auf ein zus. Betreuungsangebot nach § 87b SGB XI vor:     Ja     Nein

**F. Kostenträger**

Selbstzahlerin  
 Beihilfeberechtigt:     Ja     Nein    Wenn ja, wieviel % \_\_\_\_\_

Kriegsoferfürsorge     Ja     Nein

Sozialhilfe nach SGB XII     Ja     Nein    Wenn ja, beantragt am \_\_\_\_\_  
 Wo beantragt \_\_\_\_\_

Pflichtberatung erfolgt     Ja     Nein

**Rechnungsempfängerin:**

**G. Betreuung**

Besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz     Ja     Nein

**Wenn ja, Angaben zur Betreuerin:**

Name / Vorname \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Wohnort \_\_\_\_\_

StraÙe \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_  
 Vorwahl / Tel.Nr. – privat    Vorwahl / Tel.Nr. – dienstlich

Emailadresse \_\_\_\_\_

Erstellt Bearbeiterin / Datum	Referentin QM / Datum	Freigegeben GF / Datum	
Berg / 25.08.03	Diercks / 24.03.09	Willamowius / 26.03.09	Seite 2 von 3



## Aufnahme

Wohnen & Pflegen  
gGmbH

Lfd. Nr. 063  
Kapitel III-2.1

Version: 1.5  
Stand: 11.02.09

### Aufgabenbereiche:

- Vermögen  
 Aufenthaltsbestimmung  
 Alle Angelegenheiten

- Postvollmacht  
 Gesundheitl. Fürsorge  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Wenn nein, liegen Vollmachten vor

- Ja  
 Nein

Wenn ja, welche (siehe Anlage) \_\_\_\_\_

Selbstschützende Maßnahmen

- Ja  
 Nein

Wenn ja, siehe Beschluss (Anlage)

Liegt eine Patientenverfügung vor

- Ja  Nein

## H. Sonstige Informationen

- Ist Telefon auf dem Zimmer gewünscht?  Ja  Nein  
Ist ein Besuch zu Hause/im Krankenhaus gewünscht?  Ja  Nein  
Hinweis auf Haftpflichtversicherung gegeben?  Ja  Nein  
Bestehen irgendwelche Allergien?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein  
Wird eine spezielle Ernährung benötigt?  Ja  Nein  
Ist die Bewohnerin Raucherin?  Ja  Nein  
Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?  Ja, zu \_\_\_\_\_%  Nein  
Biographiebogen mitgegeben?  Ja  Nein  
Externer Friseur  Ja  Nein  
Externe Fußpflege  Ja  Nein  
Bestattungswunsch  Erdbestattung  Feuerbestattung

ggf. Name des Bestattungsinstitutes \_\_\_\_\_

### Bemerkungen:

|

Aufnahmebogen ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Erstellt Bearbeiterin / Datum	Referentin QM / Datum	Freigegeben GF / Datum	
Berg / 25.08.03	Diercks / 24.03.09	Willamowius / 26.03.09	Seite 3 von 3