



## Allgemeiner Fragebogen zur Aufnahme

- als dauerhafter Bewohner des Seniorenzentrums  
 als Kurzzeitpflegegast vom.....bis.....

### Personalien

Familien und Geburtsname \_\_\_\_\_

Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) \_\_\_\_\_

**Geburtstag** -ort, Kreis \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

erlernter/ehemaliger Beruf \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

Kirchengemeinde \_\_\_\_\_

### Angehörige:

1. \_\_\_\_\_

Name	Adresse	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------	---------------------

2. \_\_\_\_\_

Name	Adresse	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------	---------------------

3. \_\_\_\_\_

Name	Adresse	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------	---------------------

4. \_\_\_\_\_

Name	Adresse	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------	---------------------

Mit wem soll der notwendige Schriftverkehr geführt werden?

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------



**Besteht eine gesetzliche Betreuung?**       Nein                       Ja

Umfang: Aufenthalt  Vermögensangelegenheiten  Gesundheit  alles

Bestehen Vollmachten?     nein     ja

Besteht eine Vorsorgevollmacht?  nein  ja

Besteht eine Patientenverfügung?  nein  ja

Krankenversicherung und Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Impfstatus Covid-19: \_\_\_\_\_ Grundimmunisierung: \_\_\_\_\_ letzte Auffrischung: \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt:  nein     ja

Arzneimittelbefreiung:         nein     ja    von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Heimkosten werden aufgebracht durch:

eigenes Einkommen (Rente, Vermögen)    Höhe: \_\_\_\_\_

das zuständige Sozialamt                      Antrag gestellt? \_\_\_\_\_

Derzeitiger Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Ist ein Antrag auf Einstufung/Höherstufung gestellt? \_\_\_\_\_

gewünschter Wohnraum:     Einzelzimmer  
    Doppelzimmer

**Bei Einzug bitte mitbringen:**

1. Gesundheitszeugnis: Bescheinigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz
2. Mitteilung der Pflegekasse über Zahlung von Pflegegeld
3. Krankenkassenversicherungskarte
4. Kopie vom Personalausweis
5. Kopie von der Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
6. Letzten Krankenhausbericht (wenn vorhanden)
7. Impfnachweis

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_