

Verwaltung Aufnahmeformular Kurzzeitpflege oder Rehabilitative Kurzzeitpflege HB

Abfrage zur Einwilligung der personenbezogenen Datenaufnahme ☐

Name/ Vorname des Gastes:

Anschrift:

Geburtsname:

Konfession:

Geburtsdatum:

Raucher: ☒ ja ☐ nein

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Aufnahmedatum von / bis:

Uhrzeit:

Angehörige: _____

☐ **Gesetzlicher Betreuer**

☐ **Vollmacht**

- ☐ Generalvollmacht
☐ Vorsorgevollmacht
☐ Patientenverfügung

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Pflegegrad:

☐ Ohne ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ Neueinstufung wurde/ wird beantragt am: _____

☐ Höherstufung wurde/ wird beantragt am: _____

☐ Diabetiker

☐ Laktose-/ Glutenintoleranz
(mit Bescheinigung vom Hausarzt)

☐ BZ-Gerät

☐ **Toilettensitz Erhöhung**

☐ Sauerstoffgerät, Ernährungspumpe,
Wechseldruckmatratze (mit Kurzbedienungs-/ Anweisung)

Besonderheiten: ☐ Bettgitter ☐ Andere Fixierung _____ ☐ Richtl. Anordnung liegt vor.

☐ DauerK: Wechsel ☐ ja ☐ vor Ort (Material bitte mitbringen) ☐ Im Krankenhaus

☐ PEG ☐ Port ZVK ☐ Keine Medikamente stellen ☐ Dialyse

Inkontinenzmaterial: ☐ ja Artikel: _____

Hausbesuch: ☐ ja Termin: _____

Frei von ansteckenden Krankheiten? ☐ ja ☐ nein, welche: _____

Diagnosen / Hilfebedarf:

Bekannte Allergien (medizinisch relevante)

☐ nein

☐ ja, welche: _____

Hausarzt:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Hausarzt ist für die Versorgung während des Aufenthaltes in unseren Hause selbst zu suchen, Verordnungen und Rezepte selbst zu besorgen!

z. Zt. Im Krankenhaus:

Name des Sozialarbeiters/Telefon:

Pflegekasse:

Versich.-Nr.:

☐ **Beihilfe**

Kosten gegenüber der Pflegekasse erklären, PG muss Antrag stellen.

Rezeptgebührenbefreiung

☐ * ja, bis *bitte Kärtchen mitbringen ☐ nein

**Kostenübernahme
durch Sozialamt:**

beim Sozialamt in _____

☐ wird beantragt am _____

☐ ist nicht erforderlich

Aufklärung über Eigenanteil

☐ ja

Preis:

Aufgenommen von:

am:

Datum

Oktober 2025

Freigegeben

Heimleitung