

## AUFNAHMEBOGEN

Haus der Betreuung und Pflege Uffenheim  
97215 Uffenheim, Sonnenweg 4  
Tel 09842 – 95 33 19-0

- Vollstationär ab \_\_\_\_\_  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Religion \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_  
Letzter Wohnort \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Rezeptgebührenbefreiung  ja  nein  
Pflegegrad \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Antrag gestellt am \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Apotheke \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsanstalt (Witwenrente, Altersrente, Betriebsrente) \_\_\_\_\_

RV- Nummer: \_\_\_\_\_

### Kontaktpersonen

#### 1. Angehöriger

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
wie verwandt \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

#### 2. Angehöriger

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
wie verwandt \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Betreuer/Bevollmächtigter:

(vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen)

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Aufgabenkreise: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Finanzielle Angelegenheiten

Heimkostenübernahme durch:

- Selbstzahler  ja  nein  
Sozialhilfeträger  ja  nein

Einzugsermächtigung / Name der Bank: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

## Welche Serviceleistungen vom Haus sollen in Anspruch genommen werden?

(Preise siehe Heimvertrag)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wäschekennzeichnung | <input type="checkbox"/> Einkaufsservice                  |
| <input type="checkbox"/> Fußpflege           | <input type="checkbox"/> Begleitungsservice / Arztbesuche |
| <input type="checkbox"/> Friseurleistungen   | <input type="checkbox"/> Getränke                         |
| <input type="checkbox"/> Körperpflegemittel  |   |

Haftpflichtversicherung  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis  ja  nein

Besteht eine Patientenverfügung  ja  nein

Existieren Vollmachten  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Bestattungsvorsorge  ja  nein

Wenn ja, wo

Seelsorge erwünscht  ja  nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen/ Bettgitter: \_\_\_\_\_

Im Notfall benachrichtigen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Informationen der Einrichtung:

Für mitgebrachte Brillen oder Hörgeräte kann bei Verlust oder Beschädigung keine Haftung übernommen werden.

## Raum für Ihre Ergänzungen:

---

---

---

Ort/Datum

Unterschrift(en)