

Aufnahmebogen Haus der Betreuung und Pflege Uffenheim 97215 Uffenheim, Sonnenweg 4

Tel 09842-9533190 . Fax 09842 95331911 . Mail bewohnerservice@hdb-uffenheim.de

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 _____

Impfung Corona erhalten ja nein

welcher Impfstoff _____

Hausarzt _____

Telefon _____

Apotheke _____

Rentenversicherungsanstalt (Witwenrente, Altersrente, Betriebsrente) _____

und RV- Nummer: _____

Kontaktpersonen

1. Angehöriger

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

wie verwandt _____

E-Mail: _____

Betreuer/Bevollmächtigter:

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail: _____

2. Angehöriger

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

wie verwandt _____

E-Mail: _____

vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen

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.

Wäschekennzeichnung

Fußpflege

Friseurleistungen

Einkaufsservice

Körperpflegemittel vom Haus

Begleitungsservice / Arztbesuche

Getränke

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) _____