

## 1. Persönliche Angaben des Bewohners und seiner Vertrauensperson

Name, Vorname	
Geburtsname (Urkunde)	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Familienstand, seit	
Konfession/ Pfarrei	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift (Ausweis)	
zurzeit	
Grund der Aufnahme Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	
Einzug am / um	
Zimmer	
Art der Pflege	<input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Kurzzeitpflege nach §39cSGBV <input type="radio"/> Verhinderungspflege <input type="radio"/> Langzeitpflege
Pflegegrad O 1   O 2   O 3   O 4   O 5	seit beantragt am, durch
Bescheid der Pflegekasse MD Gutachten	<input type="radio"/> liegt vor <input type="radio"/> wird gebracht

<b>Vertrauensperson / Ansprechpartner</b>		Priorisierung durch die Reihenfolge
Name, Vorname		
geboren am		
Beziehung / Verwandtschaftsverhältnis	<hr/> <input type="radio"/> bevollmächtigt (Nachweis) <input type="radio"/> gesetzliche Betreuung (Nachweis)	
Adresse Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort		
Telefon	<input type="radio"/> privat <input type="radio"/> dienstlich	

E-Mail	
Name, Vorname	
geboren am	
Beziehung / Verwandtschaftsverhältnis	<hr/> <input type="checkbox"/> bevollmächtigt (Nachweis) <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung (Nachweis)
Adresse Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort	
Telefon / Mail	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
Name, Vorname	
geboren am	
Beziehung / Verwandtschaftsverhältnis	<hr/> <input type="checkbox"/> bevollmächtigt (Nachweis) <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung (Nachweis)
Adresse Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort	
Telefon / Mail	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich

**Bemerkungen:**

---



---



---



---

Die Post wird in der Hausverwaltung abgeholt.

Die Post soll die Bewohnerin selbst bekommen.

Die Post soll kostenpflichtig zugesandt werden, an \_\_\_\_\_





**Telefon**

Hausanschluss gewünscht  Ja  Nein

**Friseur**

Friseurbesuche gewünscht  Ja  Nein

**Fußpflege**

Kosmetische kostenpflichtige gewünscht  Ja  Nein

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Kosten**

**Aufbringung der Kosten**

Die monatlichen Kosten (Eigenanteil) werden aufgebracht durch:

- Eigenmittel (Rentennachweise)
- Abrechnung erfolgt über Einzugsermächtigung (Formular)
- Wird ein **Antrag** auf Erstattung der Heimkosten bei der **Sozialverwaltung** gestellt?  
 Adresse: z.B. Bezirk Unterfranken Sozialverwaltung, Silcherstr. 5, 97074 Würzburg  
 Ja  Nein
- Es ist bereits ein Antrag gestellt worden:  ja  nein
- Ein Bescheid liegt vor (Nachweis):  ja  nein
- Schwerbehindertenausweis vorhanden  ja  nein
- Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_
  - Schriftlich (Papier): \_\_\_\_\_
  - E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
Paul	Paul	1	18.11.2022	5/6

## 5. Leben und Sterben

Es wurde im Falle des Todes eine Verfügung getroffen. (Wünsche am Lebensende, zur Bestattung etc.)

- Eine Patientenverfügung liegt vor.
- Eine Patientenverfügung ist nicht vorhanden.
- Eine Patientenverfügung wird nachgereicht.

Ich benötige Beratung / Unterstützung / Hilfe.       Ja       Nein

Wir danken uns für Ihre Bemühungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Pflegegastes/bzw. des gesetzl. Betreuer

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
Paul	Paul	1	18.11.2022	6/6