

Qualitätsmanagement QM-Handbuch 000 Kapitel C	Senioren- und Therapiezentrum Burgwedel GmbH	Geltungsbereich Verwaltung
Aufnahmebogen		

Aufnahme am:	WB:	Zimmer Nr.:
---------------------	------------	--------------------

Vor- und Zuname: _____

Adresse und Tel.: _____

Handy Nummer: _____ **E-Mail:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsname:** _____ **Geburtsort:** _____

Staatsangehörigkeit: _____ **Sprache:** _____

Familienstand: _____ **Konfession:** _____

Beruf: _____

**Aufenthalt vor
Heimaufnahme:** _____

Aufnahmegrund: _____

Termin zum Einzug: _____
bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege Zeitraum

vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege vollstationäre Pflege/ Beschützt

Gewünschte

Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

Rechnungsempfänger: Name: _____

Str./PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____ Verwandtschaftsverh.: _____

Angehörige: Name: _____

Str./PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____ Verwandtschaftsverh.: _____

Name: _____

Str./PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____ Verwandtschaftsverh.: _____

Erstellt am: 06.03.14 von: EL	Freigabe am: 09.12.2021 von: ZQM/MHE	Änderung am: 30.05.2024 von: EL / VW	Version: 6 DokuNr.: 000-C.1.1_D4	Seite 1 von 2
----------------------------------	---	---	-------------------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch 000 Kapitel C	Senioren- und Therapiezentrum Burgwedel GmbH	Geltungsbereich Verwaltung
Aufnahmebogen		

Betreuer: _____
(nach Betreuungsrecht)
Name / Anshr. /Tel. _____
und Wirkungskreis
der Betreuung Vermögen Gesundheit Aufenthalt Behörden Post
 Vorsorgevollmacht Generalvollmacht sonstiges Patientenverfügung

Eigenanteil durch Einkommen gedeckt ja/nein

Grundsicherung ja nein welches _____
Rente ja nein
Rentenüberleitung: ja nein

Krankenkasse
und Versicherungs-/Mitgliedsnummer: _____

Beihilfe berechtigt: ja nein

Rezeptgebührenbefreiung ja nein

Pflegegrad lt. Pflegekasse: 1 2 3 4 5 keinen Pflegegrad

Pflegegrad beantragt am: _____ durch: _____

Hausarzt: Hausarzt übernimmt die Betreuung in der Einrichtung ja nein
Name/Adresse/Tel. _____

Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten: _____

Corona - Impfstatus: *Nachweislich dreifach geimpft*

(dieses Feld bitte unbedingt ausfüllen)	
Benachrichtigung im Notfall/Sterbefall:	auch in der Nacht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Frau/Herr: _____	Tel.: _____
Beerdigungsinstitut: _____	Tel.-Nr.: _____ (oder nachreichen)

Hinweise/Bemerkungen: _____

Ort/Datum

Unterschrift des Interessenten

Erstellt am: 06.03.14 von: EL	Freigabe am: 09.12.2021 von: ZQM/MHE	Änderung am: 30.05.2024 von: EL / VW	Version: 6 DokuNr.: 000-C.1.1_D4	Seite 2 von 2
----------------------------------	---	---	-------------------------------------	------------------