



## Aufnahmebogen

**Aufnahme am:** \_\_\_\_\_ **WB:** \_\_\_\_\_ **ZimmerNr.:** \_\_\_\_\_

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

**Adresse und Tel.:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum/Ort:** \_\_\_\_\_ **Geburtsname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Sprache:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** \_\_\_\_\_ **Konfession:** \_\_\_\_\_

**Aufnahmegrund:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Handy Nummer:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Aufenthalt vor  
Heimaufnahme:** \_\_\_\_\_

☐ vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeitpflege ☐ Beschützter Bereich (Demenz) ☐ Verhinderungspflege

☐ Unterbringungsbeschluss ☐ Sondennahrung

**Termin zum Einzug:** \_\_\_\_\_  
bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege Zeitraum

**Gewünschte**

**Unterbringung:** Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐

**Rechnungs-  
Empfänger:**

Name: \_\_\_\_\_

Str./PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Angehörige:**

Name: \_\_\_\_\_

Str./PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Str./PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_



**Hausarzt:** Hausarzt übernimmt die Betreuung in der Einrichtung ☐ ja ☐ nein

**Betreuer:**

(nach Betreuungsrecht)

Name/Anschrift/Tel.

und Wirkungskreis

der Betreuung

☐ Vermögen ☐ Gesundheit ☐ Aufenthalt ☐ Behörden ☐ Post

☐ Vorsorgevollmacht ☐ Generalvollmacht ☐ sonstiges Patientenverfügung

**Rechnungsempfänger:** \_\_\_\_\_

**Eigenanteil durch Einkommen gedeckt ja/nein**

**Sozial Amt ja/nein welches**

**Rente ja/nein**

**Rentenbezugsstelle:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

**und Versicherungs-/Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_

**Beihilfe berechtigt:** ja ☐ nein ☐

**Hausarzt:**

Name/Adresse/Tel.) \_\_\_\_\_

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

☐ Pflegegrad beantragt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

**Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten:** \_\_\_\_\_

(dieses Feld bitte unbedingt ausfüllen)

**Benachrichtigung im Notfall/Sterbefall:** auch in der Nacht ja ☐ nein ☐

Frau/Herr: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Beerdigungsinstitut:** \_\_\_\_\_ **Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_  
(oder nachreichen)

**Hinweise/Bemerkungen:** \_\_\_\_\_



Ich habe einen Musterheimvertrag erhalten und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Vertragsinhalt verstanden und akzeptiert habe. Besonders auf § 11 Datenschutz/Schweigepflicht. Der Bewohner hat das Recht, jederzeit Auskunft hinsichtlich der über ihn gespeicherten bzw. verarbeiteten Daten zu erlangen. Etwaige Sondervereinbarungen sind vor Vertragserstellung mit der Einrichtungsleitung zu besprechen und ggf. schriftlich festzuhalten.

---

Ort/Datum

Unterschrift des Vertragspartners