

Aufnahmeformular Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege

Bitte schnellst möglich wieder abgeben, jedoch spätestens eine Woche vor dem Einzug

Persönliche Daten (neuer Bewohner)

| | |
|--|------------------------------------|
| Vorname: | Nachname: |
| Geburtsdatum: dato. | Geburtsort: |
| Straße, Hausnummer: | PLZ, Ort: |
| Geburtsname: | Tel.-Nr.: |
| Nationalität: | Religion: |
| Mitglied der Minderheit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Kirche: |
| Derzeitiger Aufenthaltsort: | |
| Zuhause <input type="checkbox"/> | Altenheim <input type="checkbox"/> |
| Krankenhaus <input type="checkbox"/> | Anderes |

Aufnahmeinformationen (werden vom Altenheim ausgefüllt)

| | | |
|--|---|---|
| Einzugsdatum: dato. | Voraussichtliches Auszugsdatum dato. | |
| Abteilung: | Zimmer: | |
| Kurzzeitpflege: <input type="checkbox"/> | Verhinderungspflege: <input type="checkbox"/> | Vollstationäre Pflege: <input type="checkbox"/> |
| Ausgefüllt am: dato. | Ausgefüllt von: | |

Informationen über Angehörige:

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|---------------|
| 1. Familienverhältnis: | Ehepartner <input type="checkbox"/> | Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> | Anderes |
| Vorname: | Nachname: | | |
| Straße, Hausnummer: | PLZ, Ort: | | |
| Tel.-Nr.: | Handy-Nr.: | | |
| Email-adresse: | | | |
| Verantwortlich bei Ein-/Auszug: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| Rechtlicher Betreuer <input type="checkbox"/> | Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> | | |
| Dokumentation muss beigelegt sein | | | |

Informationen über Angehörige:

| | | | |
|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| 2. Familienverhältnis: | Ehepartner <input type="checkbox"/> | Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> | anderes |
| Vorname: | Nachname: | | |

Pflegegrad:

1 2 3 4 5 keinen vorläufiger Pflegegrad:
Antrag auf Pflegegrad gestellt am: dato

Informationen bei Kurzzeitpflege:

Aufenthalt vom dato. bis dato. Anzahl der Tage

Die Möglichkeit über Fortführung des Aufenthalts ist gewünscht: ja nein

War der Bewohner dieses Jahr bereits einmal in Kurzzeitpflege:
nein ja Anzahl der Tage

Eventuelles gewünschtes Bestattungsunternehmen/Bestatter:

Name: Bestattungsart:

Straße, Hausnummer: PLZ, Ort:

Anderes/Bemerkungen:**Beigefügte Kopien:**

Patientenverfügung

Betreuungsvollmacht

Betreuerausweis

Pass/Ausweis

Rentenbescheid

Pflegegradbescheid

Vorsorgevollmacht

Das Dänische Altenheim bestätigt, dass alle Informationen vertraulich behandelt werden nach den gesetzlichen Vorschriften.

Ich bin damit einverstanden das die oben stehenden Daten gespeichert und vertraulich behandelt werden. Ich bestätige, dass alle Daten korrekt sind. Bei Änderungen der oben stehenden Daten informiere ich das Dänische Altenheim umgehend.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohner bzw. Bevollmächtigter