

**Aufnahmeformular Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege**

**Persönliche Daten (neuer Bewohner)**

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

**Aufnahmeinformationen (werden vom Altenheim ausgefüllt)**

Einzugsdatum: dato.	Abt./Zi.: .....	
Kurzzeitpflege: <input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege: <input type="checkbox"/>	Vollstationäre Pflege: <input type="checkbox"/>
Ausgefüllt am: dato.	Ausgefüllt von: .....	

**Informationen über Angehöriger Nr. 1:**

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 Angehöriger Nr. 2:**

2. Familienverhältnis:	Ehepartner <input type="checkbox"/>	Sohn/Tochter <input type="checkbox"/>	anderes .....
Vorname: .....	Nachname: .....		
Straße, Hausnummer: .....	PLZ, Ort: .....		



Genehmigter PG 1 2 3 4 5 gültig ab dem:..... Ingen PG

Vorläufiger PG (vom Krankenhaus): ..... Erhöhung des PG beantragt am: .....

**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.

Der Antrag wird 36 Monate aufbewahrt, wonach alle Daten gelöscht werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Bewohner bzw. Bevollmächtigter