

HAUS RHEINGOLD

Aktiver Ruhestand – Betreuung – Pflege

Aufnahmeformular

Datum

m w

BEWOHNER	Vorname	Familienstand
	Nachname	Konfession
	Straße	Geburtsdatum
	PLZ/Ort	Geburtsname
	Staatsangehörigkeit	Geburtsort

ANGEHÖRIGE/R ①	Name	Telefon Festnetz
	Verwandschaftsgrad	Telefon Mobil
	Straße	E-Mail
	PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht

ANGEHÖRIGE/R ②	Name	Telefon Festnetz
	Verwandschaftsgrad	Telefon Mobil
	Straße	E-Mail
	PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht

Rechnungsadresse: Bewohner Angeh. ① Angeh. ② Post: an Bewohner an Verwaltung kostenpfl. nachsenden

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Versicherungsnummer
vorläufiger Pflegegrad (KH)	<input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag gestellt	aktueller Pflegegrad
Kooperationspartner Schlossapotheke	<input type="checkbox"/> Inkoversorgung Kurzzeitpflege	

Hausarzt	Allergien/Unverträglichkeiten: <input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> nein
Diagnose / Pflege- & Betreuungsbedarf	
Körpergröße / Gewicht	

Aufnahme am	Reservierung ab
Aufenthalt zur Zeit	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege)
Sozialamt	Datum Antragsstellung