|  |  |
| --- | --- |
|  **Pommerscher Diakonieverein e. V.****Einrichtungsname**StraßeOrt | Tel.:       Fax:      Mail:       |

|  |
| --- |
| **1. ANGABEN ZUR PERSON** |
| Familienname      | Geburtsname      | Vorname      |
| Geburtsdatum      | Geburtsort       | dzt. Wohnhaft in – PLZ, Ort      | Straße, Hausnummer      | Telefon      |
| Familienstand      | Nationalität      | Konfession      |

|  |
| --- |
| **2. ANGEHÖRIGE – KONTAKTPERSONEN** |
| wie verwandt | Name | Anschrift | Telefon/E-Mail |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **3. BETREUER/IN nach BETREUUNGSRECHT/BEVOLLMÄCHTIGTE/R (Hauptansprechpartner/in)** |
| Name      | Anschrift      | Telefon      |
| E-Mail:       |  |
| Vertretungsvollmachten      | Bestellungs-Nr.      |

Rechnungsversand per [ ]  E-Mail oder per [ ]  Post gewünscht?

|  |
| --- |
| **4. FINANZIERUNG / Leistungsträger**Falls monatl. Einkommen, Pflegeleistungen und Barvermögen nicht zur Deckung der Heimkosten ausreichen, bitte das zuständige Sozialamt über voraussichtliche Sozialbedürftigkeit informieren. |
| Sozialhilfe | Sozialamt | Antrag gestellt am | Von | Genehmigt am |
|       |       |       |       |
|  |
| Ansprechpartner Sozialamt | PLZ, Ort (Standort) | Straße | Tel./Fax |
|       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pflegeleistungen | Name der Pflegekasse | genehmigt am | Pflegegrad | Neuer Antrag am |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| Falls abweichend: Rechnungsempfänger |
| Name | PLZ, Ort | Straße | Tel./Fax |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **5**. **DERZEITIGER KRANKENHAUS- ODER HEIMAUFENTHALT** |
| Name der Einrichtung | Anschrift | Aufnahmegrund |
|       |       |       |
| **6. FRÜHERE UNTERBRINGUNG (in ähnlichen Einrichtungen)** |
|       |
| **7. ÄRZTLICHE VERSORGUNG** |
|  | Name | Anschrift | Tel./Fax/E-Mail |
| Hausarzt |       |       |       |
| Beh. Arzt i. KH |       |       |       |
| Facharzt |       |       |       |
| Zahnarzt |       |       |       |
| **Versicherungs-Nr.:**       |
| **Krankenkasse/Pflegekasse:**       |
| **8. Regelung Todesfall**Bestattungshaus      Bestattungsart      Aussegnungswunsch [ ]  Ja [ ]  Nein Kirchliche Bestattung [ ]  Ja [ ]  Nein Nachlassempfänger/in: Name  Vorname Anschrift Telefon  E-Mail |
| **9. Sonstiges**Personalausweisnummer:      Ausgestellt am:       in:       Gültig bis:       Schwerbehindertenausweis [ ]  Ja [ ]  Nein Merkzeichen:      Fahrtenbefreiung ambulant      Zuzahlungsbefreiung [ ]  Ja [ ]  NeinKleinmöbel werden mitgebracht [ ]  Ja [ ]  NeinWelche       |
| **10. VORVERTRAGLICHE INFORMATIONEN** |
| Die vorvertraglichen Informationen wurden mit Datum vom       ausgehändigt. |

**Hinweis: Bei Inanspruchnahme einer Kurzzeit-oder Verhinderungspflege sind die Medikamente, das Inkontinenzmaterial und Hilfsmittel vom Kunden mitzubringen!**

**Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt dem Antrag zur Aufnahme bei.**

**Aufnahmedatum:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort/Datum  |  |  |
| Leistungserbringer |  | Kundin/Kunde(rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter) |

**Zusatzinformation/Einwilligung:**

[ ]  Die unter Punkt 3 benannte Person erklärt sich hiermit einverstanden und willigt ein, dass bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt - der in Punkt 1 benannten Person - die Kontaktdaten (Name, Vorname) einschließlich der Telefonnummer auf dem Überleitungsbogen/Notfallblatt der Einrichtung angegeben werden.

|  |
| --- |
|  |
| u. Punkt 3 benannte Person (rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter) |

|  |
| --- |
|  |
| Ort, Datum |