|  |  |
| --- | --- |
| **Pommerscher Diakonieverein e. V.**  **Einrichtungsname**  Straße  Ort | 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** | | | |
| Name | Anschrift | | Telefon |
| E-Mail: | |  | |
| Vertretungsvollmachten | | Bestallungs-Nr. | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. FINANZIERUNG / LEISTUNGSTRÄGER**  Falls monatl. Einkommen, Pflegeleistungen und Barvermögen nicht zur Deckung der Leistung ausreichen, bitte Antrag auf Grundsicherung und Betreuungsleistungen stellen. | | | | | | |
| 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 AUFENTHALT (ggf. Krankenhaus, Einrichtung)** | | | | | | | |
| 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 Merkzeichen        Fehler! Textmarke nicht definiert. nein  Fahrtenbefreiung ambulant  Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein  Kleinmöbel werden mitgebracht  ja  Fehler! Textmarke nicht definiert. nein  welche | | | | | | | |
| **10. VORVERTRAGLICHE INFORMATIONEN** | | | | | | | |
| Die vorvertraglichen Informationen wurden mit Datum vom | | | |  | | | ausgehändigt. |

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

**Aufnahmedatum:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Regionalleitung oder Pflegedienstleitung |  | 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. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

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

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