

G Formularwesen**1 Aufnahme****Seniorenzentrum
Göggingen****G 1.1 Aufnahmebogen****Zim. Nr.:** **Vollstationär** ab _____ bis _____ **Kurzzeitpflege** von _____ bis _____**Name** _____ **Vorname** _____**Geburtsdatum** _____ **Familienstand** _____**Geburtsname** _____ **Geburtsort** _____**Religion** _____ **Staatsangehörigkeit** _____**Derzeitiger Aufenthalt** _____**Letzte Adresse** _____**Krankenkasse** _____ **Rezeptgebührenbefreiung** ja nein**Pflegegrad** _____**Hausarzt** _____ **Telefon** _____**Rentenversicherungsanstalt (Witwenrente, Altersrente, Betriebsrente)** _____ € _____**Kontaktpersonen****1. Angehörige/r****Name** _____**Straße** _____**Ort** _____**Telefon** _____**wie verwandt** _____**E-Mail** _____**2. Angehörige/r****Name** _____**Straße** _____**Ort** _____**Telefon** _____**wie verwandt** _____**E-Mail** _____**Betreuer/in/ Bevollmächtigte/r:****Name** _____**Straße** _____**Ort** _____**Telefon** _____**Fax** _____**E-Mail** _____

vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen

Aufgabenkreise: _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 1 von 2



Finanzielle Angelegenheiten (Kostenübernahme durch):

Selbstzahler ja nein

Sozialhilfeträger ja nein

Welche Serviceleistungen vom Haus sollen in Anspruch genommen werden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wäschekennzeichnung | <input type="checkbox"/> Kennzeichnung durch die Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Fußpflege | <input type="checkbox"/> Näharbeiten je Stunde 12,50 Euro |
| <input type="checkbox"/> Friseurleistungen | <input type="checkbox"/> Einkaufsservice |
| <input type="checkbox"/> Körperpflegemittel | <input type="checkbox"/> Begleitungsservice /Arztbesuche |
| <input type="checkbox"/> Getränke | <input type="checkbox"/> Freischaltung Telefonanschluss gegen monatl. Gebühr |
| <input type="checkbox"/> Telefongerät gegen Mietgebühr | |

Haftpflichtversicherung _____

Schwerbehindertenausweis ja nein

Besteht eine Patientenverfügung ja nein

Existieren Vollmachten ja nein Welche? _____

Besteht eine Bestattungsvorsorge ja nein

Wenn ja, wo _____

Seelsorge erwünscht ja nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen _____

Im Notfall benachrichtigen _____ von _____ bis _____

Raum für Ergänzungen

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 2 von 2



Ort, Datum

Unterschrift

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 3 von 2