

Aufnahmebogen

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____ wir freuen uns, dass Sie sich für unser Haus entschieden haben und möchten Sie bitten, diesen Aufnahmebogen auszufüllen und sobald wie möglich wieder an uns weiterleiten.

Zuname: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____ Geborene: _____

Wohnort: _____

Straße: _____ Tel.: _____

Konfession: _____ Nationalität: _____ Geburtsort: _____

Ehemaliger Beruf: _____ Fam. Stand: _____

Kranken- und Pflegekasse: _____

Anschrift: _____

Tel. Nr. _____ Fax Nr. _____

Versicherungsnummer: _____

Rezeptgebühren befreit? ja nein

Beihilfeberechtigt? ja nein

wenn ja, bei: (Name, Anschrift) _____

Hausarzt: _____

Anschrift, Tel: _____

Corona-Status:

Waren Sie an Corona erkrankt? ja, genesen am _____ nein

Impfstatus: 1. Impfung ja, am _____ nein

2. Impfung ja, am _____ nein

Booster ja, am _____ nein

Angehörige:

Ehepartner (Name, Adresse, Tel.) _____

verstorben am: _____ beerdigt in: _____

Kinder, Verwandte, Bekannte (Name, Adresse, Tel., E-Mail):

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

ja nein

Haben Angehörige/Bekannte eine Vollmacht?

ja nein

Wem wurde die Betreuung/Vollmacht übertragen (Name, Adresse, Telefon):

Wenn ja, wie soll mit aml. Post verfahren werden?

Aufs Zimmer legen Wird im Büro abgeholt Wird gegen Porto 1 x mtl. weitergeleitet

Liegt eine Patientenverfügung vor?

ja

nein

Liegt bei der Pflegekasse ein Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad vor?

ja

nein

- ist bereits eingestuft in Pflegegrad: _____ seit: _____

Haben Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis?

ja

nein

Sind Sie Raucher?

ja

nein

Wünschen Sie ein Telefon auf dem Zimmer gegen eine monatliche Flatrate in Höhe von 15 €

ja

nein

Wer bezahlt die Heimkosten? _____

Ist beim Sozialamt evtl. ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt worden?

ja

nein

Der Nachlass (Zimmerräumung) wird geregelt durch:

Frau/Herr _____

Adresse: _____ Tel.: _____

Welches Bestattungsunternehmen oder welche Sterbeversicherung soll benachrichtigt werden?

Name, Anschrift, Telefonnr.: _____

Ich möchte einmal erdbestattet feuerbestattet werden.

Ist eine Grabstätte vorhanden?

ja, Ort: _____

nein

Ist ein Testament vorhanden ja
 nein

Folgende Unterlagen sind in der Verwaltung abzugeben

Kopie von: Personalausweis

Behindertenausweis

Zuzahlungsbefreiungen

Betreuungsvollmacht

Patientenverfügung

Geburtsurkunde und Heiratsurkunde oder Scheidungsurkunde

Pflegestufenbescheid

Rentenbescheid

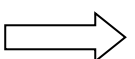
Original: Krankenkasskarte

Bild von Bewohner (wenn vorhanden als Datei)

Bei Sozialhilfeempfänger: Nachweis der Rentenüberleitung und Attest für Einzelzimmer

Ort, Datum

Unterschrift



Erklärung zur Schweigepflicht

.....
(Name, Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

1. Ich entbinde die Einrichtung Seniorenzentrum Wartberghöhe, Parzinger Straße 2, 83278 Traunstein, und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit für meine Betreuung notwendige Angaben gegenüber meiner Pflegekasse, dem MDK und meinen behandelnden Ärzten erforderlich sind.
2. Außerdem entbinde ich meine behandelnden Ärzte (Hausarzt, Fachärzte, Ärzte in Krankenhäusern etc.) sowie die Einrichtungen und Kliniken, in denen ich medizinisch behandelt werde, gegenüber den Mitarbeitern der Einrichtung Seniorenzentrum Wartberghöhe Traunstein von ihrer Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Pflege erforderliche Informationen handelt.

Traunstein, den

.....
(Unterschrift)

als gesetzlicher Betreuer

als Bevollmächtigter

Einverständniserklärung

zur Einsichtnahme in die Dokumentation sowie die persönliche Begutachtung – insbesondere Pflege – durch die Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsicht (FQA) gem. § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die beauftragten Personen des MDK und der Heimaufsicht befugt sind, das Zimmer zu betreten um den persönlichen Pflegezustand zu begutachten.

Name, Vorname des Bewohners

Geburtsdatum

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu

Traunstein, _____

Unterschrift der/des Bewohnerin/Bewohners
Betreuerin/Betreuers

Unterschrift der/des

Einwilligungserklärung über die Veröffentlichung von Fotografien

Gem. § 22 Kunsturhebergesetz „Recht am eigenen Bild“

Name des Bewohners: _____ geb. am: _____

Einrichtung: Seniorenzentrum Wartberghöhe, Service & Pflege gGmbH
Parzingerstr. 2, 83278 Traunstein

Eine Einwilligung ist erforderlich für Fotografien, auf denen Sie deutlich zu erkennen sind.

Für Fotografien, bei denen Sie nicht zu erkennen sind, Teil einer größeren Gruppe sind oder als Beiwerk einer Landschaft oder eines Gebäudes abgebildet sind, ist grundsätzlich keine Einwilligung zur Veröffentlichung erforderlich.

1. Ich bin damit einverstanden, dass Fotografien, auf denen ich abgebildet bin, in der Einrichtung (z.B. Stockwerk Foyer, Speisesaal) ausgelegt/ ausgestellt werden

Ja Nein

2. Ich bin damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit Veranstaltungen (zB. Fasching, Geburtstagsfeiern), Fotografien, auf denen ich abgebildet bin, in folgenden **Printmedien**

Werbeprospekt der Einrichtung
örtliche (Tages-) Zeitungen
Kirchengemeindeblatt/Gemeindebrief
Monatsblatt

Ja Nein

veröffentlicht werden.

3. Veröffentlichungen auf unserer Homepage www.diakonie-traunstein.de können im **Internet** eingesehen und von dort ggf. heruntergeladen werden. Eine Veröffentlichung im Internet erfolgt mitunter auch bei den oben genannten Printmedien.

Ich bin mit einer Veröffentlichung im Internet einverstanden.

Ja Nein

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Traunstein, _____

Unterschrift der/des Bewohnerin/Bewohners

Unterschrift der/des Betreuerin/Betreuers
Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Erklärung zur Schweigepflicht

.....
(Name, Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

1. Ich entbinde die Einrichtung Seniorenzentrum Wartberghöhe, Parzingerstr. 2, 83278 Traunstein, und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit für meine Betreuung notwendige Angaben gegenüber meiner Pflegekasse, dem MDK und meinen behandelnden Ärzten erforderlich sind.
2. Außerdem entbinde ich meine behandelnden Ärzte (Hausarzt, Fachärzte, Ärzte in Krankenhäusern etc.) sowie die Einrichtungen und Kliniken, in denen ich medizinisch behandelt werde, gegenüber den Mitarbeitern der Einrichtung Seniorenzentrum Wartberghöhe Traunstein von ihrer Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Pflege erforderliche Informationen handelt.

Traunstein, den

.....
(Unterschrift)

- als gesetzlicher Betreuer
 als Bevollmächtigter

Rentenmitteilung

Name des Bewohners: _____ geb. am _____

Sehr geehrte/r Bewohner/in und Angehörige,

bitte tragen Sie alle Ihre Renten bei Einzug in die Felder ein.

	Rentenbescheid vom (Datum)	Rente (Alters-, Witwen-, Betriebs-, Versorgungsrente)	Betrag (Euro)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Bitte legen Sie uns eine Kopie der Rentenbescheide bei.

Falls keine Rentenbescheide vorhanden sind, können Sie uns auch gerne einen Druck vom Kontoauszug zukommen lassen.

Ort, Datum

Unterschrift