



## Fragebogen zum Einzug in die Einrichtung

### 1. Personalien

|                 |       |               |       |
|-----------------|-------|---------------|-------|
| Name:           | _____ | Geburtsname:  | _____ |
| Vorname:        | _____ | Konfession:   | _____ |
| Geburtsdatum:   | _____ | Geburtsort:   | _____ |
| früherer Beruf: | _____ | Staatsangeh.: | _____ |
| Familienstand:  | _____ | Telefon:      | _____ |
| Anschrift:      | _____ |               |       |

### 2. Nächste Angehörige / Vertrauensperson / Betreuer

1) \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verhältnis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

☐ gesetzliche Betreuung ☐ sonstige Vollmachten ☐ Rechnungsempfänger

.....

2) \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verhältnis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

☐ gesetzliche Betreuung ☐ sonstige Vollmachten ☐ Rechnungsempfänger

.....

3) \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verhältnis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

☐ gesetzliche Betreuung ☐ sonstige Vollmachten ☐ Rechnungsempfänger

weitere Angaben Rückseite →

### 3. Krankenkasse / Pflegekasse

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigung: ☐ ja

☐ nein

Befreiung von der Zuzahlungspflicht: ☐ ja

☐ nein

### 4. Hausarzt

### 5. Pflegegrad

☐ beantragt

☐ PG 1

☐ PG 2

☐ PG 3

☐ PG 4

☐ PG 5

| 6. Art des Einkommens | Zahlende Stelle, ggfs. Aktenzeichen | Betrag |
|-----------------------|-------------------------------------|--------|
| Rente 1               |                                     |        |
| Rente 2               |                                     |        |
| Pension               |                                     |        |
| Sonstiges             |                                     |        |

### 7. Kostenträger des Heimentgeltes

**Selbstzahler** aufgrund des Einkommens, Sparvermögens u. Leistungen der Pflegekasse?

☐ ja

☐ nein → Sozialamt in: \_\_\_\_\_

### 8. Derzeitiger Aufenthalt

☐ Häuslichkeit

☐ Krankenhaus

☐ Heim

seit: \_\_\_\_\_

Wo: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Interne Vermerke

Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

☐ vollstationär

☐ KZP

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

Sonstiges: