



Kreisverband Weiden/Neustadt WN

Qualitätsmanagementhandbuch

Antrag - Aufnahme Bewohner

SWPH Wen Esb Erb Hgd

HKP FDZ BFD RD KV

Version: 1.0

2022-08-24

Name/Vorname des Pflegebedürftigen:

Geburtsdatum Geburtsort..... Geburtsname

Adresse Pflegebedürftiger:

Telefon-Nummer: Mobil.....

Staatsangehörigkeit Konfession

Kinder nein ja /Anzahl /Namen:

Kurzzeitpflege Vollstationäre Aufnahme Aufnahme am: _____ Uhrzeit: _____

EZ **DZ** **Wohnbereich** _____ **Zi.- Nr.:** _____

Pflegegrad: beantragt am: Schnelleinstufung § 39c SGBV

Gesundheitszustand/Diagnosen:

Covid-Infektion nein ja
1. + 2. Impfung – Booster – Datum und Impfstoffe

Krankenkasse

Hausarzt **Facharzt**

Schwerbehindertenausweis Nein Ja,%Merkzeichen

Finanzierung der Heimkosten:

- Selbstzahler (Rente, Beihilfe, Sparvermögen; Miteinnahmen, Grundbesitz,)
- Sozialhilfe (Antrag beim Bezirk, sofort ab Tag der Heimaufnahme)

Vorname/Name Vorsorgebevollmächtigter

Verwandtschaftsgrad (Sohn(Tochter; Nefte/Nichte)

Adresse

Telefon-Nummer: Mobil..... E-Mail

Weitere Bezugspersonen(Angehörige, Bekannte)

Adresse

Telefon-Nummer: Mobil..... E-Mail

Erstgespräch mit **am:**