

 SENIORENRESIDENZ KIERSPE – VOLMETAL	Erstinformation	Seniorenresidenz Kierspe – Volmetal GmbH
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	---------------------------------------------------------

Allgemeine Informationen

Name: Geburtsname: Vorname: Straße:	Angehöriger / Betreuer (Telefonnr., E-Mail, Adresse): Tel.: Bezug zum Bewohner: (Urlaubs-)Vertretung:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Familienstand:
Welche Konfession: <input type="checkbox"/> Katholisch <input type="checkbox"/> Evangelisch <input type="checkbox"/> Jüdisch <input type="checkbox"/> Muslimisch <input type="checkbox"/> Zeugen Jehovas <input type="checkbox"/> Sonstiges	Aufenthaltsart: <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt vollstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege Aufenthalt vor dem Einzug im Haus: <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Häusliche Pflege
Welche Kostform ist gewünscht? <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Schonkost	Besteht eine Vollmacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Besteht eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Daten der Kranken- und Pflegeversicherung Krankenkasse: _____ Mitglieds-Nr.: _____	Liegt eine Befreiung der Krankenkasse vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<p>Pflegegrad ist beantragt / vorläufig ____</p> <p>Pflegegrad:</p> <p>____ Pflegegrad 1</p> <p>____ Pflegegrad 2</p> <p>____ Pflegegrad 3</p> <p>____ Pflegegrad 4</p> <p>____ Pflegegrad 5</p>	<p>Welche Hilfsmittel werden benötigt/werden mitgebracht?</p> <p>V: vorhanden / wird mitgebracht</p> <p>B: werden benötigt</p> <p>____ Rollstuhl</p> <p>____ Rollator</p> <p>____ Toilettenstuhl</p> <p>____ Hörgerät</p> <p>____ Zahnprothese/n</p> <p>____ Inkontinenzmaterial</p> <p>____ Gehstock / Stock</p> <p>____ O₂ Konzentrator</p> <p>____ Brille</p>
<p>Vertragliche Informationen:</p> <p>Wer soll als Vertragspartner benannt werden:</p> <p>____ Bewohner</p> <p>____ Angehöriger</p> <p>____ Betreuer</p> <p>____ Sonstiges (Bitte komplette Anschrift nennen)</p>	<p>Darf von uns ein Sanitätshaus beauftragt werden:</p> <p>____ Ja</p> <p>____ Nein</p>
<p>Wem soll die Rechnung zugesendet werden:</p> <p>____ Bewohner</p> <p>____ Angehöriger</p> <p>____ Betreuer</p> <p>____ Sonstiges (Bitte komplette Anschrift nennen)</p>	
<p>Sonstiges:</p> 	