

Station	_____
Zi-Nr.	_____
Tag der Aufnahme	_____

Anmelde-/Bewohnerbogen des Heimbewohners

1. Name	_____
Geburtsname	_____
2. Vorname	_____
3. Geburtsdatum	_____
4. Geburtsort	_____
5. Anschrift und Telefonnummer	_____
6. Familienstand Konfession	_____
7. Staatsangehörigkeit	_____
8. Zuletzt ausgeübter Beruf	_____
9. Kostenträger	<input type="checkbox"/> aus eigenem Einkommen <input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger
10. Ärztliche Betreuung Anschrift /Telefon	_____
11. Krankenversicherung Krankenversicherungs-Nr.	_____
12. Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

13. COVID-19 Impfungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Anzahl: _____
------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------

14. Pflegegrad	
15. Angehörige Anschrift Telefon / E-Mail	
16. Ist ein Betreuer bestellt? (Gerichtlicher Betreuer)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ggf. Name und Anschrift Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
17. Anmeldung für:	<input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Service Wohnen
18. Besondere Bemerkungen/Sonstiges:	
.....	
.....	
.....	
.....	

Koblenz,

Unterschrift des Heimbewohners

aufgenommen