

Station	_____
Zi-Nr.	_____
Tag der Aufnahme	_____

Anmelde-/Bewohnerbogen des Heimbewohners

1. Name	
Geburtsname	
2. Vorname	
3. Geburtsdatum	
Geburtsort	
4. Letzte Wohnung	
5. Telefonnummer	
6. Familienstand	
Konfession/Pfarrei	
Seelsorge	
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. Pflegestufe	
14 Angehörige	
Anschrift / Telefon	
15. 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
16. Anmeldung für:	<input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Service Wohnen
17. Besondere Bemerkungen:	
18. Sonstiges	

Koblenz,

Unterschrift des Heimbewohners

aufgenommen