

HAUS RHEINGOLD

Aktiver Ruhestand – Betreuung – Pflege

Aufnahmeformular

Datum

m w

BEWOHNER	Vorname	Familienstand
	Nachname	Konfession
	Straße	Geburtsdatum
	PLZ/Ort	Geburtsname
	Staatsangehörigkeit	Geburtsort

ANGEHÖRIGE/R ①	Name	Telefon Festnetz
	Verwandschaftsgrad	Telefon Mobil
	Straße	E-Mail
	PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> FAQ

ANGEHÖRIGE/R ②	Name	Telefon Festnetz
	Verwandschaftsgrad	Telefon Mobil
	Straße	E-Mail
	PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> FAQ

Rechnungsadresse: Bewohner Angeh. ① Angeh. ② Post: an Bewohner an Verwaltung kostenpfl. nachsenden

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Versicherungsnummer
vorläufiger Pflegegrad (KH)	<input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag gestellt	aktueller Pflegegrad
Kooperationspartner Schlossapotheke	<input type="checkbox"/> Inkoversorgung Kurzzeitpflege	PEA nach § 43b SGB XI

Hausarzt
Diagnose / Pflege- & Betreuungsbedarf
Körpergröße / Gewicht

Aufnahme am	Reservierung ab
Aufenthalt zur Zeit	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/> MBZ <input type="checkbox"/> Selbstzahler
Sozialamt	Datum Antragsstellung