

**Seniorenzentrum Garbsener Schweiz gGmbH, Kochslandweg 29, 30823 Garbsen, Tel.: (05137) 897- 0, Fax (05137) 897 - 105, E-Mail: Seniorenzentrum.garbsen@drk-hannover.de**

**Vom Heim auszufüllen:**

Aufnahme-Datum	Warteliste EZ	Wohnbereich	Zimmer	Kurzzeit-Pflege	Verhinderungs-Pflege	Vollstationäre Aufnahme

Termin der Beratung: \_\_\_\_\_ Aufnahme gewünscht ab: \_\_\_\_\_

**Personendaten:**

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_ Telefon : \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Fam.-Stand: \_\_\_\_\_ Früherer Beruf: \_\_\_\_\_

**Derzeitige oder frühere vollstationäre Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung:**

Zeitraum: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Anschrift der Angehörigen/ Bevollmächtigten:**

Verwandtschafts-Verhältnis	Name	Vorname	Anschrift	Telefon Mobil E-Mail
1)	_____			
2)	_____			
3)	_____			



**Formular Kontaktaufnahme**

**Bestehen:**

- gerichtliche Betreuung  ja  nein
- freiheitsentziehende Maßnahmen  ja  nein
- Vollmachten  ja  nein
- Patientenverfügung  ja  nein
- Liegt eine Schwerbehinderung vor  ja  nein
- Ist ein Antrag auf Sozialhilfe notwendig  ja  nein
- Besteht eine Beihilfeberechtigung  ja  nein

**Anmerkungen/ ggfs. Betreuer:** \_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen liegen vor? bitte ankreuzen:**

Demenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magensonde	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Inkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anuspraeter	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Infektionskrankh.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sonstiges		

**Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

**Liegt ein erhöhter allgemeiner Betreuungsbedarf vor?**

- Liegt ein Pflegegrad vor?**
- nein
  - beantragt
  - Schnelleinstufung vom Krankenhaus
  - ja, in Pflegegrad \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ Pflegekasse	
Versichertennummer	
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt	
Facharzt	

**Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort; Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Freigabe	Prozesseigentümer	Datum	Version	Ablage	Seite
Allgeier	HL	14.04.2023	1.0	QM-HB Kap. 2	2 von 2