

---

**Aufnahmebogen:**

*Hinweis: Bitte zutreffendes im gesamten Aufnahmebogen jeweils ankreuzen*

Ab wann wollen Sie versorgt werden?

Datum: \_\_\_\_\_

An welchen Tagen wollen Sie versorgt werden?

☐ Gesamte Woche | ☐ Montag | ☐ Dienstag | ☐ Mittwoch | ☐ Donnerstag | ☐ Freitag

☐ Samstag | ☐ Sonntag

*Hinweis: Die Versorgungszeiten sind abhängig von der Tourenplanung und werden mit Ihnen individuell besprochen.*

---

**Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand: ☐ verheiratet seit: \_\_\_\_\_ ☐ verwitwet seit: \_\_\_\_\_  
☐ geschieden seit: \_\_\_\_\_ ☐ ledig

---

**Anschrift Angehörige:**

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

Verwandtschaftsgrad/ Beziehung zur Pflegeperson: \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

---

**Medizinische Daten:**

Pflegegrad beantragt: ☐ nein ☐ ja

Pflegegrad vorhanden? ☐ nein ☐ ja, Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**Behandelnder Hausarzt:**

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

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

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

**Facharzt:**

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

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

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

**Therapie:**

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

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

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

**Krankenkasse/Pflegekasse:**

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

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

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Anmerkung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Rechnungsanschrift:**

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

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

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

---

**Betreuer/ Vorsorgevollmacht (falls vorhanden):**

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

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

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

Die Vollmacht gilt für:

- ☐ Aufenthaltsbestimmung | ☐ Gesundheitsfürsorge | ☐ Vermögensverwaltung  
☐ Post | ☐ Behördenangelegenheiten

---

**Sonstiges:**

*Hinweis: vorhandene Dokumente bitte unbedingt in Kopie bei uns einreichen.*

Betreuerausweis ☐ ja ☐ nein

Vorsorgevollmacht ☐ ja ☐ nein

Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

Ärztliches Artest (Infektionskrankheiten) ☐ ja ☐ nein

Kostenübernahme der Pflegekasse ☐ ja ☐ nein

Pflegegradbescheid ☐ ja ☐ nein

Diagnosen/Allergien/Medikamentenverordnung ☐ ja ☐ nein

Hat die zu pflegende Person einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein

Liegt eine Inkontinenz vor? ☐ ja ☐ nein

## Aufnahmebogen -ambulante Pflege-

Ist eine Tagespflege erwünscht?

☐ ja ☐ nein

Rollator

☐ ja ☐ nein

Rollstuhl

☐ ja ☐ nein

Unterarmstützen/Stock

☐ ja ☐ nein

Die erhobenen Daten sind notwendig, um Ihnen bestmögliche Leistungen bieten zu können. Gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) werden die personenbezogenen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Dienste genutzt, innerhalb unserer Organisation gespeichert und werden nur in der Kommunikation mit Dritten, wie den angegebenen Ärzten, Therapeuten und Kranken- sowie Pflegekassen verwendet.

Aufnahmebogen erstellt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_