
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

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

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

Aufnahmebogen -ambulante Pflege-

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