

Datum: _____

Infomaterial	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rückruf erbeten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Telefonnummer:	_____
<input type="checkbox"/> Damenbett	<input type="checkbox"/> Herrenbett	<input type="checkbox"/> EZ	<input type="checkbox"/> DZ
Pflegeart			
<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Beschützt (offen/ geschlossen)	<input type="checkbox"/> Anderer	
Vertragsart			
<input type="checkbox"/> Vollstationär	<input type="checkbox"/> KZP	<input type="checkbox"/> VHP	

Aufnahme zum:	_____
Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift	_____

Aufenthalt vor Einzug	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit	
	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung:	_____
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus/ Reha:	_____
Pflegegrad	① ② ③ ④ ⑤	Liegt vor seit: _____
Pflegekasse	_____	
Versicherungsnummer	_____	
Beihilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wieviel Prozent _____

Bezugsperson/ Betreuer	_____
Anschrift	_____
Telefon/ E-Mail (unbedingt angeben)	_____
Unterbringungsbeschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Interessentenbogen

Bisheriger Hausarzt	_____
Telefon, Anschrift	_____
übernimmt Hausbesuch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Diagnosen/Infektion	_____

Infektionserkrankungen	
Attest frei von ansteckenden Erkrankungen nach IfSG § 36 Abs.4	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor
Hilfsmittel	
Orientierungsstatus	

Bemerkungen	_____

Besichtigungstermin am	_____
------------------------	-------