

**G Formularwesen**

**1 Aufnahme**



**Haus der Betreuung  
und Pflege  
Nürnberg Nord**

**G 1.1 Aufnahmebogen**

**Zim. Nr.:**

**Vollstationär** ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Kurzzeitpflege** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **Familienstand** \_\_\_\_\_

**Geburtsname** \_\_\_\_\_ **Geburtsort** \_\_\_\_\_

**Religion** \_\_\_\_\_ **Staatsangehörigkeit** \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthalt** \_\_\_\_\_

**Letzte Adresse** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ **Rezeptgebührenbefreiung** ja nein

**Pflegegrad** \_\_\_\_\_

**Hausarzt** \_\_\_\_\_ **Telefon** \_\_\_\_\_

**Rentenversicherungsanstalt (Witwenrente, Altersrente, Betriebsrente)** \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

**Kontaktpersonen**

**1. Angehörige/r**

**Name** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**wie verwandt** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**2. Angehörige/r**

**Name** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**wie verwandt** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Betreuer/in/ Bevollmächtigte/r:**

**Name** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

vom Betreuerausweis bitte Kopie beilegen

**Aufgabenkreise:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 1 von 2



**Finanzielle Angelegenheiten (Kostenübernahme durch):**

Selbstzahler  ja  nein

Sozialhilfeträger  ja  nein

**Welche Serviceleistungen vom Haus sollen in Anspruch genommen werden?**

- Wäschekennzeichnung
- Fußpflege
- Friseurleistungen
- Körperpflegemittel
- Getränke
- Telefongerät gegen Mietgebühr
- Kennzeichnung durch die Einrichtung
- Näharbeiten je Stunde 12,50 Euro
- Einkaufsservice
- Begleitungsservice /Arztbesuche
- Freischaltung Telefonanschluss gegen monatl. Gebühr

Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis  ja  nein

Besteht eine Patientenverfügung  ja  nein

Existieren Vollmachten  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Bestattungsvorsorge  ja  nein

Wenn ja, wo \_\_\_\_\_

Seelsorge erwünscht  ja  nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen \_\_\_\_\_

Im Notfall benachrichtigen \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Raum für Ergänzungen**

---

---

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 2 von 2

**G Formularwesen**

**1 Aufnahme**



**Haus der Betreuung  
und Pflege  
Nürnberg Nord**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	08.12.2021	Seite 3 von 2