**Pommerscher Diakonieverein e. V.**

Einrichtung auswählen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ANGABEN ZUR PERSON** | | | | |
| Familienname | | Geburtsname | Vorname | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | dzt. Wohnhaft in – PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | Telefon |
| Familienstand | | Nationalität | Konfession | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. ANGEHÖRIGE – KONTAKTPERSONEN** | | | |
| wie verwandt | Name | Anschrift | Telefon/E-Mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. BETREUER/IN nach BETREUUNGSRECHT/BEVOLLMÄCHTIGTE/R (Hauptansprechpartner/in)** | | | |
| Name | Anschrift | | Telefon |
| E-Mail: | |  | |
| Vertretungsvollmachten | | Bestellungs-Nr. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. FINANZIERUNG / KOSTENTRÄGER** | | | | | | | |
| Pflegeleistungen | Name der Pflegekasse | | genehmigt am | | Pflegegrad | | neuer Antrag am |
| Falls monatl. Einkommen, Pflegeleistungen und Barvermögen nicht zur Deckung der Heimkosten ausreichen, bitte das zuständige Sozialamt über voraussichtliche Sozialbedürftigkeit informieren. | | | | | | | |
| Sozialhilfe | Sozialamt | | Antrag gestellt am | | Von | | genehmigt am |
| Ansprechpartner zur Finanzierung der Heimkosten | | | | | | | |
| Name | | PLZ, Ort | | Straße | | Tel./Fax | |
|  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Falls abweichend: Rechnungsempfänger | | | |
| Name | PLZ, Ort | Straße | Tel./Fax |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5**. **DERZEITIGER KRANKENHAUS- ODER HEIMAUFENTHALT** | | | | | | | |
| Name der Einrichtung | | Anschrift | | | Aufnahmegrund | | |
|  | |  | | |  | | |
| **6. FRÜHERE UNTERBRINGUNG (in ähnlichen Einrichtungen)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **7. ÄRZTLICHE VERSORGUNG** | | | | | | | |
|  | Name | | Anschrift | | | Tel./Fax/E-Mail | |
| Hausarzt |  | |  | | |  | |
| Beh. Arzt i. KH |  | |  | | |  | |
| Facharzt |  | |  | | |  | |
| Zahnarzt |  | |  | | |  | |
| **Versicherungs-Nr.:** | | | | | | | |
| **Krankenkasse/Pflegekasse:** | | | | | | | |
| **8. Regelung Todesfall**  Bestattungshaus  Aussegnungswunsch  ja  nein  Nachlassempfänger/in:  **Name:**        **Vorname:**  **Anschrift:**  **Telefon:**        **E-Mail:** | | | | | | | |
| **9. Sonstiges**  Schwerbehindertenausweis  ja Merkzeichen        Fehler! Textmarke nicht definiert. nein  Fahrtenbefreiung ambulant  Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein  Kleinmöbel werden mitgebracht  ja  Fehler! Textmarke nicht definiert. nein  welche | | | | | | | |
| **10. Mitgebrachte Hilfsmittel**  Sollten Sie eigene Pflegehilfsmittel mitbringen, können Sie diese hier aufführen:   |  | | --- | | 1. | | 2. | | 3. | | 4. | | 5. | | 6. |   Es werden keine Hilfsmittel bei Einzug mitgebracht. | | | | | | | |
| **11. Eingebrachte Sachen/Elektrogeräte**  **(entfällt bei Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, da Ausschluss zum Einbringen)**  Aufgrund bestehender Vorschriften (**DGUV** **V 3**, die DGUV V3 ist eine gesetzliche Unfallverhütungsvorschrift für die Sicherheit elektrischer Anlagen und Betriebsmittel) sind alle Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet, durch regelmäßige Prüfungen elektrischer Geräte, die Einhaltung dieser Vorschrift nachzuweisen.  Elektrogeräte (z.B. Fernseher, Radio, Lampen, etc.) sind daher vor Einbringung durch eine Elektro-Fachkraft zu überprüfen, diese Inspektion ist bei Einzug (Ausschluss ist der Nachweis einer Neuanschaffung, mit CE-Kennzeichnung) schriftlich nachzuweisen.  **Bitte ankreuzen:**  eingebrachte Elektrogeräte werden – nachweislich – selbstorganisiert geprüft.  eingebrachte Elektrogeräte sollen – kostenpflichtig – durch Einrichtung (ext. Dienstleister) geprüft werden.  Nachstehend aufgeführte Elektrogeräte werden bei Einzug eingebracht:   |  | | --- | | 1. | | 2. | | 3. | | 4. | | 5. |     Es werden keine Elektrogeräte bei Einzug eingebracht. | | | | | | | |
| **11. VORVERTRAGLICHE INFORMATIONEN** | | | | | | | |
| Die vorvertraglichen Informationen wurden mit Datum vom | | | |  | | | ausgehändigt. |

**Hinweis: Bei Inanspruchnahme einer Kurzzeit-oder Verhinderungspflege sind die Medikamente, das Inkontinenzmaterial und Hilfsmittel vom Kunden mitzubringen!**

**Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt dem Antrag zur Aufnahme bei.**

**Aufnahmedatum:**

|  |
| --- |
|  |
| Ort, Datum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Regionalleitung oder Pflegedienstleitung |  | Kundin/Kunde  (rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter) |

**Zusatzinformation/Einwilligung:**

Die unter Punkt 3 benannte Person (Hauptansprechpartner/in) erklärt sich hiermit einverstanden und willigt ein,

dass bei einer notwendigen Überleitung (z.B. Krankenhausaufenthalt) deren Kontaktdaten

(Name, Vorname) einschließlich der Telefonnummer übermittelt werden.

|  |
| --- |
|  |
| u. Punkt 3 benannte Person  (rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter) |

|  |
| --- |
|  |
| Ort, Datum |