

Heimaufnahmebogen

☐ Kurzzeitpflege (als Urlaubs- und Entlastungshilfe)
☐ Kurzzeitpflege (im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt)
☐ Vollstationär
 ab: _____

**Seniorenresidenz
 „Am Kaskadenwehr“ GmbH**

Am Kaskadenwehr 9
 38268 Lengede

Tel. 0 53 44 - 92 01 40
 Fax 0 53 44 - 92 01 46

info@seniorenresidenz-lengede.de
 www.seniorenresidenz-lengede.de

Persönliche Daten:

Nachname _____ Vorname _____
 Geb. Name _____ Geburtsdatum _____
 Geburtsort _____ Familienstand _____
 Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____
 Krankenvers.-Nr. _____ Kranken-/Pflegekasse _____
 Bisheriger Wohnsitz _____

Pflegegrad ist beantragt: ☐ ja ☐ nein Eingestuft in Pflegegrad: ____

Angehörige / Betreuer / Ansprechpartner (zutreffendes bitte unterstreichen):

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Anschrift:	Anschrift:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

Zuzahlungsbefreiung ☐ nein ☐ ja, bis: _____

Patientenverfügung ☐ nein ☐ ja (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

Vorherige Betreuungszeiten in stationärer Vollzeitpflege (in Monaten): _____

Vorherige Betreuungszeiten in Kurzzeitpflege (Datum von, bis): _____

Die folgenden Felder sind Pflichtfelder.

Sollten uns diese Informationen nicht vorliegen, können wir Sie leider nicht bei unserem Auswahlverfahren berücksichtigen.

Wie oder durch Wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

In welchen alltäglichen Situationen benötigen oder wünschen Sie sich unsere Unterstützung?

Was wünschen und/oder erhoffen Sie sich durch unsere Unterstützung?

Bitte teilen Sie uns Ihre aktuellen ärztlichen Diagnosen, Allergien und/oder Unverträglichkeiten mit oder reichen Sie eine Kopie des aktuellen Arztberichtes als Anlage ein.

Besteht eine gerichtliche Betreuung nach dem Betreuungsgesetz?

☐ ja ☐ nein (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

Besteht eine Bevollmächtigung?

☐ ja ☐ nein (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

Umfang: ☐ Vermögensangelegenheiten
☐ Wohnungsangelegenheiten
☐ Altersversorgung/Rechtsangelegenheiten
☐ Gesundheitsfürsorge
☐ Aufenthaltsbestimmung

Liegt bereits ein Pflegebescheid vor?

☐ ja ☐ nein (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

Die Heimkosten werden aufgebracht:

☐ durch eigenes Einkommen

☐ durch das zuständige Sozialamt → Antrag "Hilfe zur Pflege" gestellt: ☐ nein ☐ ja

Am _____ Sachbearbeiter/in _____

Liegen freiheitsbeschränkende Maßnahmen vor? Wenn ja, welcher Art?

Soll persönliches Eigentum mitgerbacht werden (Möbel, Hilfsmittel, Prothesen etc.)?

Bemerkungen – Besonderheiten:

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Daten nach dem Datenschutzgesetz im Rahmen und für Zwecke der Abwicklung der Bearbeitung des Aufnahme- und des Heimvertrages gespeichert werden. Durch Ihre Unterschrift setzen wir Ihr Einverständnis voraus.

Ort, Datum

Unterschrift