

## 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: Vorname: Anschrift:  Telefonnummer:  Verwandtschaftsgrad:	Name: Vorname: Anschrift:  Telefonnummer:  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 mitgeracht 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