

## Bewohnerstammdatenblatt für Interessenten

Name:	Vorname:	Geburtsname:
Geb:	Geburtsort:	Konfession: Familienstand:
<b>Aktuelle Anschrift:</b>		
Straße:		Ort:
<b>Pflegestufe:</b> <input type="checkbox"/> Stufe 0 <input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3  Antrag gestellt am:	<b>Schwerbehindertenausweis:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Zuzahlungsbefreiung für das aktuelle Jahr: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Angehörige:</b>		
Name:	Tel.:	Verwandtschaftsgrad:
Adresse:		
Email:		
<b>Pflegekasse:</b>		
Name:	Tel.:	
<b>Hausarzt:</b>		
Name:	Anschrift:	Tel.:
Krankenversicherungsnr.:	Inkontinent: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sozialversicherungsnr.:	Diabetiker: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Personalausweisnr.:	Desorientiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Sind Hilfestellungen nötig ?</b> <input type="checkbox"/> bei der Körperpflege <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Gehen <input type="checkbox"/> beim Toilettengang	<b>Besonderheiten:</b> (z. B. Unruhe, Gewohnheiten und dergl.)  <b>amtl. Betreuung:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <b>Wirkungskreis:</b>	
<b>Aufenthalt:</b> <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bis:		
<b>Aufnahmegrund:</b>		
<b>Aufnahmedatum:</b>		