

Bewohnerstammdatenblatt Interessenten

Name:	Vorname:	Geburtsname:																									
Geb:	Geburtsort:	Konfession:																									
Letzte Anschrift:																											
Straße:		Ort:																									
Pflegegrad: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Grad 1</td> <td style="width: 30%;">Schwerbehindertenausweis:</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grad 2</td> <td>Gültig bis:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grad 3</td> <td>Fahrtkostenbefreiung:</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grad 4</td> <td>Gültig bis:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grad 5</td> <td>Rezeptgebührenbefreiung:</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	Grad 1	Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	Grad 2	Gültig bis:			<input type="checkbox"/>	Grad 3	Fahrtkostenbefreiung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	Grad 4	Gültig bis:			<input type="checkbox"/>	Grad 5	Rezeptgebührenbefreiung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Grad 1	Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																							
<input type="checkbox"/>	Grad 2	Gültig bis:																									
<input type="checkbox"/>	Grad 3	Fahrtkostenbefreiung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																							
<input type="checkbox"/>	Grad 4	Gültig bis:																									
<input type="checkbox"/>	Grad 5	Rezeptgebührenbefreiung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																							
Antrag gestellt am:		Gültig bis:																									
Angehörige:																											
Name:		Tel.: Verwandtschaftsgrad:																									
Pflegekasse:																											
Name:		Tel.:																									
Hausarzt:																											
Name: Anschrift:		Tel.:																									
Krankenversicherungsnr.: Sozialversicherungsnr.: Personalausweisnr.:		Inkontinent: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Diabetiker: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Desorientiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																									
Sind Hilfestellungen nötig: <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		Besonderheiten: (z. B. Unruhe, Gewohnheiten und dergl.) amtl. Betreuung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wirkungskreis:																									
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bis:																											
Aufnahmegrund:																											
Aufnahmedatum:		Entlassungsdatum:																									
Entlassungsgrund: <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> in andere Einrichtung																											